

Whoikesta HOKEen

Sähköisen hoitotyön kirjaamisen arviointi ja kehittäminen

Nora Lehto

Opinnäytetyö

Kesäkuu 2016

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK

Tekijä(t) Lehto Nora	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä 06.06.2016
	Sivumäärä 59	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Whoikesta HOKEen Sähköisen hoitotyön kirjaamisen arviointi ja kehittäminen		
Tutkinto-ohjelma Terveystieteiden koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Tuomi Sirpa, Punna Mari		
Toimeksiantaja(t) Päijät-Hämeen Keskussairaala		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Yksi tärkeimmistä hoitajien työtehtävistä potilaan hoitamisen lisäksi on vaihtaa informaatiota potilaan hoidosta ja hoidon suunnitelmista. Päijät-Hämeen keskussairaala painottaa strategiassaan teknologian hyödyntämistä ja kehittämistä. Konservatiivisen tulosalueen yhdeksi kehittämisen kohteeksi onkin nostettu esiin sähköisen kirjaamisen kehittäminen. Tämän takia yhdeltä konservatiivisen tulosalueen osastolta tuli marraskuussa 2014 pyyntö arvioida kirjaamisen tilaa osastolla.</p> <p>Tavoitteena oli laatia ja pilotoida hoitotyön kirjaamisen arviointimittari osaston käyttöön hoitotyön kirjaamisen laadun varmistamiseksi. Arviointimittarilla arvioitiin hoitotyön kirjaamista osastolla Whoiken aikana. Pilotoinnin avulla pyrittiin löytämään kirjaamisen kehittämisen kohteet, jotka tulee huomioida osaston siirtyessä hoitotyön kirjaamisessa HOKE -järjestelmään. Opinnäytetyön tuloksia ja tuotosta voidaan hyödyntää osastolla hoitotyön kirjaamisen laadunvarmistuksessa ja kehittämisessä.</p> <p>Opinnäytetyössä pilotoitiin arviointimittari, jolla arvioitiin yhden päivän aikana hoitajien kirjaamat hoitotyön suunnitelmat sekä hoitotyön päivittäiskirjaamiset. Hoitajat osallistuivat Learning Café –menetelmällä kehittämään kirjaamista.</p> <p>Kaiken kaikkiaan kirjaaminen osastolla oli melko vahvaa. Suurin hajonta tuli esiin kun tarkasteltiin yksittäisiä kysymyksiä. Kirjaamisen kehittäminen vaatii jatkuvaa keskustelua osaston sisällä sekä lisäkoulutusta ympäri vuoden. Hoitajat kaipaavat uusia tarkkoja kirjaamisohjeita käyttöönsä. Ohjeiden pitäisi yhtenäistää koko sairaalan osastojen sähköistä kirjaamista ja näin vahvistaa hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Riittävät resurssit ja toimivat tietokoneohjelmat tukisivat hyvää kirjaamista.</p>		
Avainsanat (asiasanat)		
Sähköinen hoitotyön kirjaaminen, arviointimittari, pilotointi, Learning café		
Muut tiedot		

Author(s) Lehto Nora	Type of publication Master's thesis	Date 06.06.2016
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 59	Permission for web publication: x
Title of publication From Whoike to HOKE The evaluation and development of computer-based nursing documentation		
Degree programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Supervisor(s) Tuomi Sirpa, Punna Mari		
Assigned by Päijät-Häme Central Hospital		
<p>Abstract</p> <p>Nurses' most important duty after taking care of the patients is to share information about the patients' care and care plans. Päijät-Häme Central Hospital's strategy emphasizes the use of technology and development. In the conservative result area, the development of electronic documentation has risen as one of the development targets. For this reason, one ward of the conservative result area requested an evaluation of their computer-based nursing documentation in November 2014.</p> <p>The aim of thesis was to develop and pilot an audit tool for the ward to be used in the quality assurance of nursing documentation. This audit tool makes it possible to evaluate nursing documentation on the ward during Whoike. The piloting aimed to find development targets in the recording which will be taken into account when the ward moves to the HOKE -nursing documentation system. The results and the outcome of the thesis can be used in the ward in quality assurance and the development of nursing documentation.</p> <p>The thesis piloted an audit tool which was used to evaluate the nursing plans and the related daily records of a single working day. The nurses were involved in Learning Café sessions to develop documentation.</p> <p>As a whole, nursing documentation was quite strong on the ward. The greatest deviations came to light when examining individual issues. The development of recording requires ongoing discussion within the ward, as well as additional training throughout the year. In addition, the nurses need new and precise instructions for documentation. The instructions should standardize the electronic recording practices in the entire hospital and thus enhance the continuity of care and patient safety. Sufficient resources and good software would support good record keeping.</p>		
Keywords/tags (subjects)		
Computer based nursing documentation, piloting, audit tool, learning café		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto.....	4
2	Rakenteinen kirjaaminen	5
2.1	Rakenteinen kirjaaminen potilastietojärjestelmissä	5
2.2	FIN-CC luokitus	9
3	Hoitotyön prosessimalli kirjaamisen suunnannäyttäjänä.....	13
3.1	Hoitotyön prosessimalli ja kirjaaminen.....	13
3.2	Hoitotyön tarpeen määrittely	16
3.3	Hoitotyön diagnoosi	16
3.4	Hoitotyön suunnitelma.....	17
3.5	Hoitotyön toteutus	18
3.6	Hoitotyön arviointi	19
4	Hoitotyön kirjaamisen arviointi.....	19
5	Kehittämistyön tavoitteet ja kehittämistehtävät.....	22
6	Kehittämistyön toteutus	23
6.1	Kehittämistyön eteneminen.....	23
6.2	Kehittämistyön menetelmät ja aineisto ensimmäisessä vaiheessa	25
6.2.1	Kirjaamisen arviointimittarin laatiminen.....	25
6.2.2	Kirjaamisen arviointivaiheen aineiston keruu ja analyysi	26
6.3	Kehittämistyön menetelmät ja aineisto toisessa vaiheessa	27
6.3.1	Learning cafe -työpaja	27
6.3.2	Työpajavaiheen aineiston keruu ja analyysi.....	29
7	Kehittämistyön tulokset	32
7.1	Whoiken sähköisen kirjaamisen arviointi.....	32
7.2	Hoidosuunnitelmien kirjaamisen arviointi.....	33

7.3	Hoitotyön päivittäismerkintöjen kirjaamisen arviointi	35
7.4	Kirjaamisessa käytetyn kielen arviointi	37
7.5	Hoitajien näkemys hoitosuunnitelmasta ja päivittäiskirjaamisesta.....	38
7.6	Hoitajien näkemys hoitotyön kirjaamisen ohjeista	40
7.6.1	Hoitajien näkemys kirjaamisen arvioinnin tuloksista ja arviointikaavakkeesta.....	42
7.7	Arviointimittarin kehittämiskohteet	43
8	Pohdinta	44
8.1	Keskeisistä tuloksista	44
8.2	Luotettavuus.....	49
8.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	51
	Lähteet.....	52
	Liitteet	56

Kuviot

Kuvio 1. Esimerkkipotilaan WHOIKE hoitosuunnitelma ja päivittäiskirjaus näkymä	7
Kuvio 2. Esimerkkipotilaan HOKE hoitosuunnitelma ja päivittäiskirjaus -näkymä	9
Kuvio 3. Hoitotyön prosessimallin mukainen rakenteinen kirjaaminen	14
Kuvio 4. Kehittämistyön eteneminen 2014-2016	24
Kuvio 5. Hoitajien mielipide kirjaamisen parantamiseksi	31
Kuvio 6. Keskimääräiset pisteet hoitosuunnitelmassa ja päivittäiskirjaamisessa.....	32
Kuvio 7. Hoitosuunnitelman keskiarvo.....	33
Kuvio 8. Päivittäiskirjaamisen keskiarvo	36
Kuvio 9. Käytetyn kielen keskiarvo	37
Kuvio 10. Kirjaamisen laadun parantamiseen vaaditut muutokset	38

Taulukko

Taulukko 1. FIN-CC luokituskokonaisuuden 2.0.1 ja 3.0 komponentit.	10
Taulukko 2. Audit työkalujen vertailua	22

1 Johdanto

Hoitotyön kirjaaminen on jokapäiväinen tehtävä terveydenhuollon ammattilaiselle (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2012, 8). Tärkeimpiä hoitajien työtehtäviä potilaan hoitamisen lisäksi on vaihtaa informaatiota potilaan hoidosta ja hoidon suunnitelmista. Pääasiallinen tietolähde hoitajilla on hoitotyön tietojärjestelmä. Hyvä hoito on vahvasti sidoksissa kirjaamiseen ja sen kautta saatuun tietoon. (Saranto & Kinnunen 2008, 465). Siirtyminen paperiversioista tietokoneohjelmaan ei todettavasti ole kuitenkaan parantanut kirjaamisen laatua hoitotyössä vaikka tätä on odotettu (Kelley, Brandon & Sharron 2011). Maloyney ja Maggisin (1999) mukaan epäadekvaatti kirjaaminen vaikuttaa hoidon tasoon. He pitävät hyvin tärkeänä sitä, että kirjaamista arvioidaan, jotta saataisiin parannettua kirjaamisen tasoa ja sitä kautta potilaan hoitoa. (Maloyney & Maggins 1999.)

Epäasianmukainen kirjaaminen tuo mukanaan myös lainopillisia riskejä (Vuotilainen, Isola & Muurinen 2004, 72). Hyvä dokumentointi on perusta erityisesti potilasturvallisuudelle, Sandilinin (2007) mukaan jopa 65% sairaaloissa tapahtuvista haittatapahtumista on kommunikaatioon liittyviä (Sandilin 2007, 289).

Hoitajan kirjaamat erilaiset havainnot eri hoidon vaiheista yhdistetään hoitotyön tarpeiksi, näiden toiminnoiksi ja sitä kautta tuloksiksi. Tämä johtaa siihen että hoitotyön arjen kirjaamiset ovat merkittävä kulmakivi hoitotyön tiedonhallinnassa. Tulevaisuudessa näillä hoitotyön kirjauksilla voi olla vaikutusta jopa Suomen rajojen ulkopuolella, jolloin potilaasta kirjattu tieto voi olla käytettävissä myös ulkomailla esimerkiksi sairaaloissa. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 55.)

Päijät-Hämeen keskussairaala tuottaa erikoissairaanhoidon 14 eri kunnalle, joiden yhteenlaskettu asukasluku on yli 210 000. Yhtymässä työskentelee yli 4100 ihmistä. Päijät-Hämeen keskussairaala koostuu konservatiivisesta, operatiivisesta ja psykiatriasta tulosryhmästä. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijä kotisivut.)

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijästrategiat 2014-2018 korostavat teknologian hyödyntämistä yhdeksi menestystekijäksi, jotta kuntalaisille taattaisiin onnistuneet palvelut tulevaisuudessa (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijästrategia

2014-2018). Teknologian hyödyntäminen on yhteydessä kirjaamiseen, joka tukee hoitotyön toiminnan suunnittelua, seuranta ja potilaiden osallistamiseen oman hoitonsa suunnitteluun. Lisäksi onnistunut kirjaaminen lisää yhteistyön saumattomuutta eri sidosryhmien välillä. (Ensio & Saranto 2004, 13.)

Itse konservatiivisen tulosalueen yhdeksi kehittämisen kohteeksi on nostettu esiin sähköisen kirjaamisen kehittäminen (Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveysyhtymä, Keskussairaala). Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Päijät-Hämeen keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen yhden osaston hoitotyön sähköistä kirjaamista. Aiheen perustana on osastolla käytössä oleva rakenteinen hoitotyön kirjaaminen, jonka sujuvuutta ja onnistumista ei ole vielä osastolla arvioitu systemaattisesti. Hoitotyön sähköinen rakenteinen kirjaaminen on ollut käytössä Päijät-Hämeen keskussairaalaan vuodesta 2010. Kirjaamisen arviointi on tarkoitus tehdä ennen Päijät-Hämeen keskussairaalan siirtymistä Whoikesta HOKE:een, jotta tulevaisuudessa olisi vertailupohjaa näiden kahden välillä. Arvioinnilla pyritään myös osoittamaan kehittämisen kohteet kirjaamisessa osastolla ja tehdä ne näkyviksi työntekijöille. Tarkoitus on myös herättää keskustelua osaston sisällä koskien kirjaamista. Opinnäytetyöllä pyritään keräämään hyödyllistä tietoa uusia hoitotyön kirjaamisohjeita varten.

2 Rakenteinen kirjaaminen

2.1 Rakenteinen kirjaaminen potilastietojärjestelmissä

Hoitotyön kirjaamisen laatuun vaikuttavat hyvin monet asiat. Laatuun voi vaikuttaa riittävä tietokoneiden saanti, erilaiset ympäristötekijät, kuin saatavilla olevan ajan käyttö, sekä osaava ja motivoitunut henkilöstö. Yksi sähköiseen hoitotyön kirjaamiseen vahvasti vaikuttava asia on toimivat tietokonejärjestelmät. (Saranto ym. 2007, 192.)

Effica on suomalaisen TIETO-yrityksen kehittämä tietokonejärjestelmä, jonka tavoitteena on tukea potilaan hyvää kokonaisvaltaista hoitoa, luoda ja tukea hoitoketjun katkeamattomuutta ja turvata potilasturvallisuus sekä kustannustehokkuus. Effica kattaa prosessit koko terveydenhuollon palveluketjussa. (Effica, Tieto Oy.)

Effican potilastietojärjestelmä sisältää kaikki potilaasta laaditut dokumentit. Hoitokertomus on osa potilastietojärjestelmää, ja se pohjautuu hoitotyön prosessiin. Kirjaaminen Efficassa on FinCC-luokituksen avulla rakenteista, joten tiedoista koostuu selkeitä kokonaisuuksia. Effica -hoitokertomus sisältää hoidon suunnittelun, toteutetun hoidon kirjauksen sekä arvioinnin tiedot. (Effica,Tieto Oy; HoiData-hanke 9/2007–10/2009, 21–23.)

Whoike on Efficään sisältyvä hoitokertomusjärjestelmä. Tämä otettiin osastolla käyttöön vuonna 2010 kun siirryttiin sähköiseen kirjaamiseen. Whoikessa hoitosuunnitelma tehdään hoitotietojen ylläpito – ikkunassa. (Kuvio 1) Hoidon suunnittelussa valitaan yksi komponentti, joka kuvaa parhaiten potilaan hoitotyön diagnoosia. Tähän alle tulee vapaata tekstiä koskien potilaan sairaushistoriaa ja osastolle tulossyytä. Tavoitteen alle kirjataan vapaalla tekstillä se mihin hoidon avulla yritetään päästä koskien hoidon tarvetta. Keinot sisällytetään hoitosuunnitelmaan vapaalla tekstillä. Potilaan hoidon suunnittelu alkaa potilaasta tehdyn yhteenvedon myötä, potilaasta pitää kirjata hoitoon hakeutumisen syy ja oireiden kuvaus. Hoitosuunnitelmaan valitaan yhdestä kolmeen komponenttia, ne jotka ovat potilaan suurimmat ongelmat. Näihin ongelmiin mietitään tavoitteet ja keinot ongelmien pienentämiseksi tai ratkaisemiseksi. Osaston kirjaamisen kriteereissä vaaditaan, että potilaasta kirjataan hoitokertomukseen aina voinnin muuttuessa, mutta ainakin kerran vuorossa. (Vuodeosastojen pikaopas kirjaamiseen 2012)

Hoitobiedot

Määräykset:

Muistettavaa:

Hakuehdot

Päivämäärä: 27.1.2010 Työvuoro: Yön yli Komponentti: Tapahtuma: Hoitoisuusluokka:

Hoitobiedot:

Korjaa Uusi	27.1.2010	Suunnittelu	AINEENVAIHDUNTA, Verensokerin muutos, Kirjataan hoidon tarve vapaalla tekstillä -> TAVOITTEET: tavoitteet liittyen tähän hoidon tarpeeseen	p
Korjaa Uusi	2103	Toteutus	KEINOT: toiminnot, joilla vastataan tarpeeseen ja yritetään päästä tavoitteisiin. • AINEENVAIHDUNTA, Aineenvaihduntaan liittyvä ohjaus, Vapaalla tekstillä kuvataan, mitä on tehty.	M
Korjaa Uusi		Arviointi	• POTILAAN TILA ENNALLAAN, Arviointia, arviointia, arviointia	
Korjaa Uusi	11:13	Arviointi	• POTILAAN TILA PARANTUNUT, Verensokeri saatu hyvin tasapainoon	
Korjaa Uusi	27.1.2010 11:08	Suunnittelu	AKTIVITEETTI, Aktiviteetin heikkeneminen, Jälleen tarvetta hoitoon on -> TAVOITTEET:	p
Korjaa Uusi		Toteutus	KEINOT: • AKTIVITEETTI, Aktiviteettiin liittyvä ohjaus, Ohjattu	
Korjaa Uusi		Arviointi	• POTILAAN TILA ENNALLAAN, Arviointi	

Katselu Uusi Perustiedot Edellinen

Kuvio 1. Esimerkkipotilaan WHOIKE hoitosuunnitelma ja päivittäiskirjaus näkymä

Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys -tutkimuksessa (2010, 42-46), Whoiken kuin muihinkin sairaaloissa käytössä olevien potilastietojärjestelmien käyttöön liitettiin paljon kriittistä palautetta. Whoike -potilastietojärjestelmän ongelmakohdat vaikeuttivat kirjaamista ja tekivät kirjaamisen työlääksi ja kirjaamisen oppimisen vaikeaksi. Suoraan Whoike -potilastietojärjestelmään kohdistuvina vakavina ongelmoina koettiin, ettei se tukenut suoraan prosessimallista kirjaamista. Luokitusten löytäminen luokituspuusta oli työlästä ja aiempien hoitotyönkirjausten löytäminen oli hankalaa. Hoitajat pystyivät löy-

tämään hyviä asioita Whoiken käytöstä. Hyvinä asioina pidettiin muistettavaa kenttää, lääkehuomiot olivat hoitotyön tekstissä punaisella, hoidon tulokset tila -luokitus (ShTuL) oli käytössä sekä luokituspuusta pystyi valitsemaan kerralla useampia luokkia.

HOKE on Effican hoitokertomuksen uudempi versio. HOKE:n hoitosuunnitelma pohjautuu enemmän rakenteiseen kirjaamiseen kuin Whoike. Se otettiin osastolla käyttöön maaliskuussa 2015. HOKE:ssa samalla tavalla kuin Whoikessa valitaan hoitosuunnitelman lähtökohdaksi yksi komponenteista joka kuvaa parhaiten hoitotyön diagnoosia. (Kuvio 2.) Diagnoosin alle tulee vapaata tekstiä koskien potilaan tuloa osastolle ja perussairauksia. Hoitotyön tavoitteeseen kirjataan, mitä hoitotyön toiminnoilla pyritään saavuttamaan. Suunnitelluiksi hoitotyön keinoiksi taas valitaan ne hoitotyön toiminnot millä voidaan tavoitteet saavuttaa.

Suurin muutos Whoikeen verrattuna on se, että hoitosuunnitelmassa hoitotyön keinot valitaan rakenteista kirjaamista apuna käyttäen. HOKE:ssa valitaan komponentit jokaiselle hoitotyön keinolle, jonka alle voidaan kirjoittaa vapaata tekstiä. (Vuodeosastojen pikaopas kirjaamiseen)

HOKE:n suunnitelma, tarve, toiminnot ja toteutus

290973-900U Testi 41 Elviira 41v LAHTI

1 Krurgian yksiköt 41 ja 42 Huone 23 Vuode 1 09.02.2015 - (86 Hoitopäivä)

RISKITIEDOT

15:28

HOITOKERTOMUS

Hengenahdistus 05.05.2015 Hengenahdistus helpottaa ja potilas kotiutuu. << 04.05.2015 15:08 - >> Kaikki >

SUUNNITELMAT Kaikki > TOTEUTUKSET Kaikki > Valitut tiedot (2/5) >

HENGITYS, HENGENAHDISTUS

05.05.2015 -

Potilas hakeutunut hoitoon pahentuneen hengenahdistuksen ja jalkojen turvotuksen vuoksi. Todettu sydämen vajaatoiminnan paheneminen. Tulee osastolle hoitoon 5.5.

Perussairaudet: sepelvaltimotauti, tyypin 2 diabetes.

Hoidon tavoite: Hengenahdistus helpottaa ja turvotukset vähenevät.

Suunnitellut toiminnot

Verenkierron seuranta: RR x2-3
SaO2 x1-2, tarv. happilisa 1-2 l/min viikoilla
Paino x1, istumavaaka

Omatoimisuuden tukeminen: Tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa
Tarjotaan pesuapua
Rollaattorin ja hoitajan turvin liikkuu WC-matkat (osaston rollaattori lainassa)

Asiantuntijapalveluiden koordinointi: Määräys: KNM 2/vrk, tarv. Ringer /kivma 05.05.2015 10:06:59

05.05.2015

15:25 Asiantuntijapalveluiden koordinointi. Kierrolla: Lääkäri tutkinut potilasta. Turvotuksia jaloissa edelleen reilusti on. Jatkossa nestemäärää rajoitetaan max 2 l/vrk. Jatketaan painon seurantaa. Labroissa ei erityistä, huomiselle kontrollikokeita. Sh Kivioja Mari (kivma).

09:22 Omatoimisuuden tukeminen. Hoitajan ja rollaattorin avulla käynyt WC:ssä aamupesuilla. Jalat kantaa hyvin, pientä tukea ja valvontaa tarvitsee vielä. Sh Kivioja Mari (kivma), (M).

08:30 Ravitsemustilan seuranta. Aamupala maistui hyvin. Söi puuron kokonaan, lisäksi kahvia ja leipää. Sh Kivioja Mari (kivma).

Arviointi: 05.05.2015 12:24 Ravitsemus. Lounas maistui myös hyvin, lähes kaiken söi ruuasta. Muistutettu nesterajoituksesta. Sh Kivioja Mari (kivma).

HOITOKERTOMUS

HOITOTYÖN YHTEENVETO

Kuvio 2. Esimerkkipotilaan HOKE hoitosuunnitelma ja päivittäiskirjaus -näkökulma

2.2 FIN-CC luokitus

Suomessa rakenteinen kirjaaminen perustuu FinCC eli Finnish Care Classification:niin eli suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuteen. Monet tutkimus- ja kehittämissankkeet sekä pilotoinnit ja käyttäjäpalautteet ovat olleet pohjana kansallisen luokituskokonaisuuden synnylle. (Liljamo ym. 2012, 4-9.) FinCC -luokitus perustuu pohjimiltaan kansainvälisesti tunnettuun HHC (Home Health Classification) eli nykyiseltä nimeltään CCC -luokitukseen eli Clinical Care Classification:iin, jonka on kehittänyt Virginia Saba (Saba 2012, 11-12; Sainola-Rodriguez & Ikonen 2007, 47).

Jotta rakenteista kirjaamista voidaan käyttää, se edellyttää standardoitujen termistöjen, kuten luokitusten käyttöä sekä tiedon yhtenäistä esitystapaa (Häyrinen, Porrasmaa, Komulainen & Hartikainen 2004, 34). Whoiken aikainen FinCC – luokitus muodostuu kolmesta osasta: Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 2.0.1), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL 2.0.1) ja Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL 1.0), jolla kolmella eri vaihtoehdolla voidaan arvioida hoidon tulosta. Suomalainen toimintoluokitus (SHTaL) ja tarveluokitus (SHToL) koostuvat hierarkkisesta rakenteesta, joissa on 19 komponenttia ja niissä taas vaihteleva määrä pää- ja alaluokkia. Pää luokkia on vähemmän kuin alaluokkia. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2007, 3.)

Whoikesta HOKE:en siirryttäessä myös FinCC -luokituskokonaisuus tulee uudistumaan hieman (Taulukko 1), versio päivitetään Whoiken aikaisesta 2.0.1:stä 3.0.ksi ja näin ollen myös tarve ja toimintoluokitustietoihin tulee muutamia muutoksia. Uudessa versiossa HOKE:n aikaan tulee olemaan vain 17 komponenttia ja niissä taas vaihteleva määrä pää- ja alaluokkia, yhteensä 545. Pääluokkia on edelleen vähemmän kuin alaluokkia. (Liljamo ym. 2012, 9-12.) Lisäksi joidenkin komponenttien sisältöä on jonkin verran muutettu, esimerkiksi päivittäiset toiminnot -komponentti kuvaa nyt paremmin potilaan avun tarvetta. Muutoksista huolimatta vertailukelpoisuus näiden eri versioiden välillä tulee säilymään komponenttitasolla. (Liljamo ym. 2012, 9.)

Taulukko 1. FIN-CC luokituskokonaisuuden 2.0.1 ja 3.0 komponentit.

Komponentti	Komponentin sisällön kuvaus. FINCC luokitus 2.0.1	Komponentin sisällön kuvaus. FINCC luokitus 3.0
Aktiviteetti	Aktiviteetin sekä uni- ja valvetilan muutokset	Fyysiseen toimintaan sekä uni- ja valvetilaan liittyvät osatekijät
Erittäminen	Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät	Ruuansulatukseen, virtsateiden toimintaan, verenvuotoon ja muuhun erittämiseen liittyvät osatekijät
Selviytyminen	Yksilön ja perheen kyky käsitellä ongelmia tai sopeutua niihin sekä hoitaa velvollisuudet tai tehtävät	Yksilön ja perheen kyky selviytyä terveyteen, sen muutoksiin sekä sosiaaliseen kanssa- käymiseen liittyvistä tai niistä aiheutuvista ongelmista

Nestetasapaino	Elimistön nestemäärään ja nestetasapainoon liittyvät osatekijät	Elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät
Terveyskäyt- täytyminen	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät	Terveyden edistämiseen liittyvät osatekijät
Terveyspalvelu- jen käyttö	Palvelutapahtuman aikana tarvittaviin asiantuntijapalveluihin, tutkimuksiin ja näytteiden ottoon liittyvät osatekijät	-
Hoidon ja jatko- hoidon koordi- nointi	-	Moniammatillisen hoidon ja jatkohoidon sekä tutkimusten ja toimenpiteiden koordinointi
Jatkohoito	Hoidon päättämiseen, potilaan kotiutumiseen tai hoitopaikan vaihtumiseen liittyvät osatekijät	-
Lääkehoito	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät	Lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteuttamiseen liittyvät osatekijät
Ravitsemus	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät	Ravinnon ja ravintoaineiden turvaamiseen liittyvät osatekijät
Hengitys	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät	Keuhkojen toimintaan liittyvät osatekijät
Kanssakäy- minen	Yksityisyyteen ja yhdessäoloon liittyvät osatekijät	-
Turvallisuus	Sairauden tai hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit	Sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit
Päivittäiset toiminnot	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät	Omatoimisuuteen liittyvät osatekijät
Psyykkinen tasapaino	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen vaikuttavat osatekijät	Psyykkisen tasapainon saavuttamiseen liittyvät osatekijät
Aistitoiminta	Aistien toimintaan liittyvät osatekijät	-
Aisti- ja neurol- ogiset toiminnot	-	Aisti- ja neurologisiin toimintoihin liittyvät osatekijät

Kudoseheys	Lima- ja sarveiskalvojen sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät	Lima- ja sarveiskalvon sekä ihon ja ihonalaisten kerrosten kuntoon liittyvät osatekijät
Elämänkaari	Elämän vaiheisiin liittyvät osatekijät	Elämän eri vaiheisiin liittyvät osatekijät
Verenkierto	Eri elinten verenkiertoon ja neurologisiin muutoksiin liittyvät osatekijät	Eri elinten verenkiertoon liittyvät osatekijät
Aineenvaihdunta	Endokriiniseen ja immunologiseen järjestelmään liittyvät osatekijät	Endokrinologisiin ja immunologisiin järjestelmiin liittyvät osatekijät

(Mukaillen Liljamo, Kaakinen ja Ensio 2008; Liljamo, Kinnunen ja Ensio 2012, 11.)

Hoitajat käyttävät rakenteista kirjaamista ja hoitotyön standardoitua terminologiaa hoitotyön diagnoosien, hoitotyön suunnitelmien ja toteutuksen sekä arvioinnin tekoon. Kokonaisuudessaan sähköinen rakenteinen kirjaaminen helpottaa tiedon hakua, kirjaamista ja potilaan saaman hoidon seuranta. Rakenteinen kirjaaminen tukee suoraa potilastyötä, sekä tukee ja helpottaa hoitajan työtä. Kirjattua tietoa voidaan uudelleen käyttää, mikä puolestaan helpottaa sujuvaa tiedonsiirtoa ja yhtenäistää tietoja sairaalan sisällä sekä sairaaloiden välillä ja näin helpottaa hoidon jatkuvuutta ja edistää siten potilasturvallisuutta. Rakenteinen kirjaaminen auttaa myös tiedon laadun ylläpitämisessä. Rakenteinen kirjaaminen ja hoitotyön standardoitu terminologia tukee ja helpottaa myös moniammatillisten tiimien työtä. (Saranto, Kinnunen, Kivekäs Lappalainen, Liljamo, Rajalahti & Hyppönen 2014, 647; Lehtovirta & Vuokko toim. 2014, 14.)

Hoitotyön standardoitu terminologia ja hoitotyön prosessien käyttö on todettu parantavan hoitotyön kirjaamista sekä Häyrisen, Lammintakaisen ja Sarannon tutkimuksessa (2010) kuin myös Müller-Staubin tutkimuksessa (2009). Standardoitu hoitotyön kirjaaminen tuo enemmän hoitotyötä esiin ja helpottaa hoitotyön kirjaamisen käyttöä esimerkiksi tutkimustarkoituksiin tai hoitotyön johtamiseen. (Kotisaari & Kukkola 2012, 59).

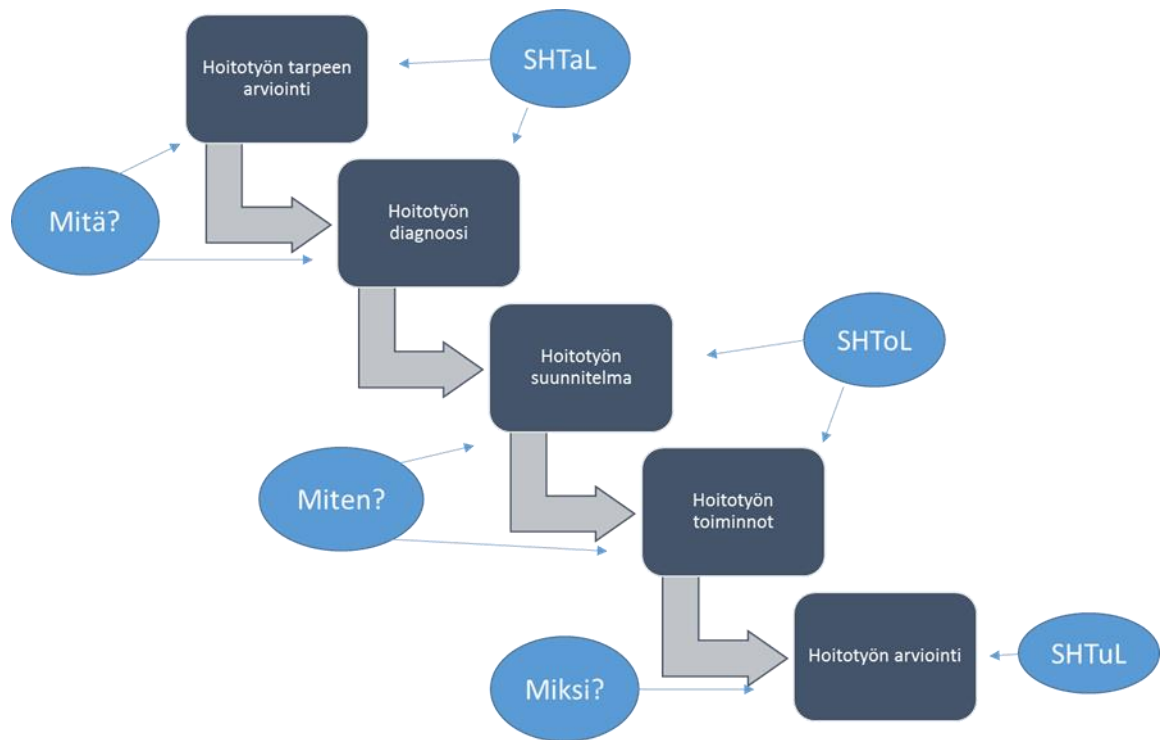
Hoitajat kokevat kansallisen rakenteisen kirjaamisen enimmäkseen positiivisena (Saranto ym. 2014, 647). Hoitajat osaavat katsoa sähköistä rakenteista kirjaamista myös

kriittisesti. Vahvuutena pidetään sitä, että rakenteisessa kirjaamisessa tietojen saatavuus on helpompaa ja varmempaa, kirjaaminen on sisällöltään laadukkaampaa. Kriittikkiä aiheuttaa kirjaamiseen kuluva aika ja tietojen pirstaleisuus, asioiden ulkoa opetteleminen, koska luokkia ja sääntöjä on niin paljon. Hoitotyön prosessimallia pidetään toimivana, mutta FinCC -luokitukseen liitetään ongelmia. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010, 30-66.) Hoitajilla on suuri vastuu; jotta rakenteisesta kirjaamisesta saatu hyöty on sellaista mitä toivotaan ja etsitään, on erittäin tärkeää, että hoitajat kirjaavat tiedot ymmärrettävästi ja selkeästi (Kotisaari & Kukkola 2012, 59). Hoitajat tarvitsevat vahvaa johtajan tukea, jotta kaikki hyöty saadaan rakenteisesta kirjaamisesta (Saranto ym. 2014, 647). Hoitotyön kirjaamisen haasteet vaativat hoitajien pitkäjänteistä, selkeää ja konkreettista koulutusta (Mäkilä 2007, 40).

3 Hoitotyön prosessimalli kirjaamisen suunnannäyttäjänä

3.1 Hoitotyön prosessimalli ja kirjaaminen

Hoitotyön prosessi mallin rakenteisena hoitotyön ongelman ratkaisumenetelmänä sekä arviointimenetelmänä esittelivät ensimmäisenä Yura ja Walsh vuonna 1967. Siinä on neljä vaihetta: tarpeen arviointi, suunnittelu, toiminnot ja arviointi. Myöhemmin siihen lisättiin myös hoitotyön diagnoosi viidenneksi vaiheeksi. (Björvell ym. 2000, 6.) Suomeen hoitotyön prosessi tuli Maailman terveysjärjestön (WHO) mallin kautta 1970-luvulla (Hopia ym. 2007, 6-7). Tällä hetkellä Suomen laissa Sosiaali- ja terveysministeriön asetukset potilasasiakirjoista velvoittavat potilaasta kirjattavan tulosityn, hoidon suunnittelun, toteutuksen ja seurannan (A 298/2009). Osaston omien ohjeiden mukaan hoitotyön suunnitelmassa ja kirjaamisessa tulee käyttää hoitotyön prosessi –kaaviota (kuvio 3) (Vuodeosastojen pikaopas kirjaamiseen).



Kuvio 3. Hoitotyön prosessimallin mukainen rakenteinen kirjaaminen

Prosessimallin ohjaama kirjaaminen tapahtuu tarpeen määrittelynä, hoitotyön diagnoosin määrittelynä, hoitotyön suunnitelmana, toteutuksena ja arviointina. Tietokoneaikaan siirryttäessä, sähköinen kirjaaminen toi tullessaan rakenteisen kirjaamisen; standardi -otsikot, termit ja luokitukset. Hoitotyön prosessimalli on vahvana osana FinCC-luokituksessa ja rakenteisessa kirjaamisessa. (Lehtovirta ja Vuokko toim. 2014, 31; Hopia ym. 2007, 6-7.)

Hoitotyön prosessimalli jäsentää potilaan hoitoa ja se auttaa tuottamaan potilaskoh- taista ja yksilöllistä otetta hoitotyöhön (Ensio & Saranto 2007, 39). Prosessimallin käyttäminen ja soveltaminen terveydenhuollossa edellyttää hoitajilta erinäisiä kykyjä ja taitoja. Näitä ovat älylliset, vuorovaikutukselliset ja tekniset kyvyt. Älyllisillä ky- vyillä tarkoitetaan ongelmanratkaisukykyä ja kriittistä ajattelua. Vuorovaikutukselli- set kyvyt puolestaan viittaavat kommunikaatioon ja kuuntelemisen taitoon sekä yksi- lön voimavarat huomioon ottavaan vuorovaikutukseen. Tekninen osaaminen on eri- laisten toimenpiteiden ja välineiden osaamisen käyttöä, sekä hoitajan taito tietojen keräämiseen sekä tulosten saavuttamiseen hoitotyössä. Päätöksenteko liittyy kaikkiin prosessin vaiheisiin. (Yura & Walsh 1988, 171.)

Hoitotyön prosessi siis koostuu monista ajattelua vaativista toimista, jotka lopulta johtavat hoitotoimenpiteisiin (Kratz 1985, 15). Eroa päätöksenteoissa löytyy hoitajien välillä. Vastavalmistunut hoitaja perustaa tietonsa teorian tietoon, kun taas pidemmän aikaa työssä ollut hoitaja tekee päätöksenteon kokemukseen perustuen ja ottaa huomioon laajemmalti potilaan tilan ja vaatimuksen hoidon kannalta. (Eriksson ym. 1999, 28; Mäkilä 2007, 39-40.) Hoitotyön kirjaamisessa on tarkoitus tehdä juuri tämä hoitotyön päätöksenteko näkyväksi (Mäkilä 2007, 39). Prosessimallin on taas tarkoitus olla hoitajien ajattelua helpottava ja jäsentävä väline (Hallila 1998, 41).

Häyrysen tekemän tutkimuksen mukaan hoitoprosessin vaiheiden kirjaaminen on hoitajilla vielä puutteellista. Hoitajat eivät kirjanneet tutkimuksen mukaan kaikista hoitoprosessin vaiheista. Hoitotyön toimintoja oli kirjattu eniten, puutteita löytyi hoitotyön tarpeiden, hoitotyön tavoitteiden ja suunniteltujen hoitotyön toimintojen osalta. Lisäksi hoitotyön tavoitteet, toiminnot ja tulokset eivät viitanneet suoraan hoitotyön tarpeeseen. Myös erikoisaloittain kirjaamisessa oli eroja, konservatiivisen puolen kirjaaminen oli kattavampaa kuin operatiivisen puolen. (Häyrinen 2011, 50.)

Vaikka hoitotyön prosessimallinen kirjaaminen on ollut käytössä jo pidemmän aikaa, edelleen hoitotyön kirjaamisesta puuttuu hoitotyön prosessista osia sekä tietoa potilaan sen hetkisistä ongelmista (Wang 2011, 14). On muistettava, että hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus ovat riippuvaisia kirjaamisesta. Kokonaisuudessaan se on perusedellytys hiljaiselle raportoinnille. Hiljaisella raportoinnilla säästetään taas rahaa ja aikaa. (Kaila 2014, 110.) Opinnäytetyöhön osallistuvalla osastolla on käytössä hiljainen raportointi kuin myös RAFAELA –hoitoisuusluokitus. RAFAELA -hoitoisuusluokituskokonaisuus perustuu hoitajien tekemiin hoitotyönkirjauksiin. Hyvä kirjaaminen lisää hoitosuusluokituksen luotettavuutta (Kaakinen 2002).

Osastolla on käytössä omat kirjaamisen minimikriteerit, jotka on laadittu konservatiivisen tulosalueen kirjaamistyöryhmässä. Ne perustuvat osaston omiin vaatimuksiin kirjaamisen sisällöstä, kuin myös kansallisiin FinCC-luokituskokonaisuuteen, hoitotyön prosessimalliin sekä Suomen lain asettamiin vaatimuksiin ja sosiaali- ja terveysministeriön laatimiin määräyksiin kirjaamisen sisällöstä.

3.2 Hoitotyön tarpeen määrittely

Hoitotyön tarpeen määrittelyssä hoitaja tarkastelee potilasta ja yrittää määrittää ne ongelmat, joihin potilas tarvitsee apua. Hoitajan täytyy myös määrittää ne puolet potilaasta, joissa hän ei tarvitse apua. Hoitaja käyttää tähän määrittelyyn saamiensa tietoja potilaasta, hänen terveydentilastaan, mutta myös ottamalla huomioon potilaan oma näkemys omista tarpeistaan. Olisi tärkeää, että myös potilaan oma näkökulma hoitotyön tarpeista olisi kirjattuna ylös. Tämä olisi merkki siitä, että myös potilasta on kuunneltu kun tarpeita määritellään. (Yura&Walsh 1988, 175; Eriksson ym 1999, 28.) Tarpeen määrittely pitäisi hoitotyössä olla kokonaisvaltaista. Tavoitteena olisi turvata kaikki potilaan tarpeet, ei vain keskittyä yhteen osa-alueeseen. (Walsh 1988, 175.)

3.3 Hoitotyön diagnoosi

Hoitotyön diagnoosi on eri kuin lääketieteellinen diagnoosi. Hoitotyön diagnoosin tekee hoitaja päättelämällä potilaasta saaduista tiedoista, se ei siis liity tiettyyn sairauteen. Se voi olla jo voimassa oleva ongelma tai mahdollisesti tulevaisuudessa ilmenevä ongelma. Näitä ongelmia voidaan auttaa tai lieventää hoitotyön keinoin. Hoitotyön diagnoosin saavuttaminen päättää hoitotyön tarpeen määrittämisvaiheen. Hoitotyön diagnoosi lähtee asiakkaan tarpeesta ja jokaisella potilaalla ne ovat erilaisia vaikka lääketieteellinen diagnoosi olisi sama. (Yura & Walsh 1988, 198; Ensio & Saranto 2007, 42.) Hoitotyön diagnoosin on koettu parantavan kirjaamista, auttavan hoitotyön tarpeiden asettamisessa ja vaikuttavan hoidon tulokseen.

Hoitotyön diagnoosin käyttö pitäisi johtaa parempaan hoitotyön kirjaamiseen. Käytännössä täydellistä hoitotyön diagnoosia on vaikea saavuttaa, koska usein osa potilaan oireista tai etiologia -tiedoista puuttuvat tai nämä tiedot ovat epätäydellisesti kuvattuja. On olemassa jonkin verran näyttöä, että hoitotyön diagnoosit, hoitotyön tarpeet ja hoitotyön tulokset ovat yhdenmukaistaneet ja yleisesti parantaneet hoitotyön kirjaamista. Kirjaamalla tarkat hoitotyön diagnoosit ja niiden yhdistäminen hoitotyön tarpeisiin ja interventioihin, voidaan saada aikaan hyviä hoitotuloksia. Kuitenkaan pelkät diagnoosi -otsikot eivät riitä kuvaamaan potilaan tarpeita. Vain tarkka etiologia potilaan hoitotyön diagnoosista antaa parhaan pohjan hoitotyön tarpeiden

määrittämiselle ja näin ollen myös hoitotulokset ovat parempia. (Müller-Staub, Ann Lavin, Needham & Van Achterberg 2006; Müller-Staub 2009, 14.)

Hoitotyön diagnoosi mahdollistaa hoitajien huomion kiinnittymisen hoidon lopputulokseen ja hoidon toteutukseen, jotta päästäisiin tiettyyn lopputulokseen hoidossa. Tutkimuksessa ”Prevalence of accurate nursing documentation in patient records” todetaan, että monesti hoitotyön diagnoosit ovat huonosti tehtyjä ja epäselviä. Todella tarkat hoitotyön diagnoosit ovat harvinaisia, samoin kuin potilaan oireiden tarkat kuvakset ja sairauteen liittyvien osatekijöiden kuvaukset. (Paans, Sermeus, Nieweg & van der Schans 2010, 2487.)

Jotta saataisiin hyviä hoitotuloksia, hoitotyön diagnoosit on liitettävä hoitotyön toimintoihin ja erityisesti hoitotyön diagnoosien syy-seuraus suhteeseen. Hoitajien olisi lisäksi tunnistettava ne hoitotyön tulokset, joihin hoitajat ja hoito voivat vaikuttaa ja jotka ovat hoitajasta ja hoidosta riippuvaisia. Jotkin laadukkaat tietokoneohjelmat sisältävät näyttöön perustuvia yhteyksiä hoitotyön diagnoosien, tarpeiden sekä toimintojen välillä. (Müller-Staub 2009, 14.)

3.4 Hoitotyön suunnitelma

Hoitotyön suunnitelma on välttämätön osa hoitotyötä. Hoitotyön suunnitelma on tärkeä työkalu. Se tulee sisältää kolme pääkohtaa hoitotyöstä; hoitotyön diagnoosi, hoitotyön ongelmat ja tarpeet sekä tavoitteet mihin hoidolla pyritään ja ne työkalut millä nämä tavoitteet pystytään saavuttamaan. Hoitotyön suunnitelma on tarkoitettu helpoksi työkaluksi, joka ilmaisee potilaan tarpeet ja toiveet sekä hoitotyön menetelmät. Hoitotyön suunnitelman lähtökohta on se, että suunnitelma takaa hoidon jatkuvuuden hoitosuhteen aikana. (Björnvell ym. 2000, 6.)

Hoitokertomuksissa hoitosuunnitelmat ovat rakenteeltaan monesti hyvin epäselviä (Paasym. 2010, 2487). Lisäksi sekä hoitotyön suunnittelussa että toteutuksessa puuttuu usein kokonaan psykologinen ja sosiaalinen näkökulma potilaan tilanteesta (Wang ym. 2011, 14). Tämä tarkoittaa sitä, että potilasta ei nähdä kokonaisuutena.

Hoidon suunnittelun lähtökohdat ovat hoitotyön diagnooseissa esitetyt ongelmat, joihin etsitään ratkaisua hoitotyön menetelmillä. Hoitotyön suunnitteluvaiheessa on

tärkeää ottaa potilas mukaan ongelmien ratkaisuun. Hoitoalan ammattilaisten on tiedettävä potilaan näkemys asioista. On koettu, että jos terveysongelmat ovat potilaan itsensä asettamia, onnistuminen hoitotyön toimintojen positiivisessa vastaanottamisen on suurempaa. (Green & Tones, 2010, 247.) Potilaslaki velvoittaa, että potilaan hoitoa koskeva suunnitelma on tehtävä yhdessä potilaan tai hänen omaisensa kanssa. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan tai jos potilas ei itse pysty päättämään, on se tehtävä yhteisymmärryksessä hänen omaisensa kanssa. (L 17.9.2012/875) Lähiomaiseksi luetaan henkilö, jonka potilas on ilmoittanut hoitohenkilökunnalle. Jos potilas ei ole ilmoittanut lähiomaist, lähdetään siitä, että lähiomainen on puoliso, potilaan lapset tai vanhemmat. (Kotisaari&Kukkola 2012, 53-55.)

Asiantuntemus on hoitajien sekä muiden asiantuntijoiden ja potilaan yhteinen aikaansaannos. Hoitajat eivät voi asiantuntemusta saavuttaa yksin, ilman potilaan ja asiantuntijoiden kanssa tehtyä yhteistyötä. Keskeistä on moniääninen kuva tilanteesta. (Seikkula & Arnkil 2009, 81.)

3.5 Hoitotyön toteutus

Toteuttamisvaihe sisältää toimenpiteet, joiden avulla saavutetaan asetetut tavoitteet potilaan tarpeiden tyydyttämiseksi (Yura & Walsh 1988, 236). Kun hoitosuunnitelma on tehty hyvin, se helpottaa päivittäistä kirjaamista ja potilaan hoitoa. Suunnitelma ohjaa kirjaamista oikeaan suuntaan, eli huomio kiinnittyy potilaan hoidon kannalta oleellisiin asioihin. (Mäkilä 2007, 37-40.) Olisi tärkeää, että hoitotyön toteutuksessa tulisi ilmi hoitajan päätöksentekoprosessi, jotta potilaan tilasta saataisiin kokonaisvaltainen kuva (Lundgren-Laine & Salanterä 2007, 31). Jos potilaan tilassa tapahtuu muutos, täytyy myös hoitotyön suunnitelma muuttua (Eriksson ym. 1999, 30).

Hoitotyön toteutuksen kirjaaminen on usein tehtäväkeskeistä, eikä potilaan tarpeesta lähtevää kirjaamista. Olisi tarpeellista keskittyä kirjaamaan olennaisia asioita laadukkaalla otteella. Potilaan oma mielipide tulisi näkyä myös päivittäisessä kirjaamisessa. Samoin kuin potilaan saamat ohjeet ja neuvonta olisi tultava ilmi. (THL 2012, 25 ; Mäkilä 2007, 39). De Marinis ym. (2010) tekemän tutkimuksen mukaan

hoitajat kirjaavat vain noin 40 % tekemästään työstä, joten hoitajien todellinen työpanos hoitosuhteen aikana jää näkemättä. Mitä enemmän hoitajat tekivät päivän aikana sen vähemmän he kirjasivat potilaista. (De Maris ym. 2010, 1550.)

Kirjaamisessa, myös päivittäiskirjaamisessa täytyy hoitohenkilökunnan ottaa lain asettamat vaatimukset huomioon (Mäkilä 2007, 39). Lain mukaan pitää merkitä lähde, jos havainnot eivät ole hoitajan itsensä tekemiä. Kaikki merkinnät tulee olla selkeitä ja niissä saa käyttää vain tiedettyjä ja yleisesti sovittuja lyhenteitä. (A 298/2009.) Yleisesti osastolla käytettyjä lyhenteitä; kuten RR (verenpaine), VS (verensokeri), KNM (kokonaisnestemäärä) eivät ole yleisesti hyväksytyjä lyhenteitä (Vuodeosastojen pikaopas kirjaamiseen).

3.6 Hoitotyön arviointi

Arviointia tehdään jatkuvasti, koko hoitoprosessin ajan ja jokaisessa sen vaiheessa. Arviointi on päivittäistä. Hoitohenkilökunnan tulee arvioida hoitosuunnitelmassa tai sen jälkeen ilmaantuvia potilaan hoitotyön tarpeita. Se ei ole siis vain väliarviointia tai loppuarviointia hoitojakson päätyttyä. Arvioinnin tulisi perustua potilaan kokemukseen, ja sen olisi oltava yksilöllistä. (Erikson ym. 1999, 30.)

Arviointia pitäisi peilata asetettuihin tavoitteisiin ja hoidon tarpeeseen ja potilaalle jo annettuun hoitoon (Lehtovirta toim. 2014, 31). Arviointi tehdään nykyisin SHTuL-luokitusta apuna käyttäen, parempi/huonompi/ennallaan. Arviointiin kuuluu myös tarpeiden uudelleen määrittäminen, jos potilaan vointi on muuttunut tai hoitotyön toimintojen uudelleen asettaminen, jotta haluttuun lopputulokseen päästäisiin. (THL 2012, 25.)

4 Hoitotyön kirjaamisen arviointi

Jotta potilaalle voidaan taata hyvä, turvallinen ja korkeatasoinen hoito, vaaditaan hoitajilta riittävän laajaa hoitotyön kirjaamista. Kun monitoroidaan ja arvioidaan kirjaamista ja kirjaamisen eri malleja, mahdollistetaan kehittyminen näissä osa-alueissa. Hoitotyön laadun arviointi auttaa selvittämään hoitotyön kirjaamisen kehittämisalueet ja näin ollen parantaa tietojen liikkuvuutta moniammatillisessa työympäristössä

potilaan parhaaksi. Auditointi tuo esiin selvästi yksikön kehittämisen kohteet kirjaamisessa. (Ikonen, Rajalahti & Ahonen; Mykkänen, Saranto & Miettinen 2012, 1.)

Vuosien varrella hoitotyön kirjaamisen auditointityökaluja on tehty paljon, mikä viittaa siihen, että hoitotyön kirjaamisen arviointi koetaan tärkeäksi asiaksi. On tärkeää tehdä hoitajat tietoiseksi hoitotyön laadun parantamisesta ja kirjaamisen arvioinnista. Hoitajien tutustuminen vertaisarviointiin ja auditointiin olisi tärkeää. (Björvell ym. 2000, 13.)

Wang, Haley ja Yu (2011) ovat tehneet hoitotyön kirjaamisen tasosta kirjallisuuskatsauksen. Tähän kirjallisuuskatsaukseen he ovat ottaneet mukaan 77 tutkimusta 15:stä eri maasta. He toteavat kirjallisuuskatsaukseen pohjautuen, että hoitotyön kirjaamista on jatkuvasti yritetty parantaa esimerkiksi sähköiseen kirjaamisen siirtymisessä, ottamalla käyttöön standardoidut dokumentointi systeemit, henkilökunnan koulutuksilla ja organisaatiollisilla muutoksilla.

Wang, Haley ja Yu tulivat samaan tulokseen kuin Saranto ja Kinnunen, jotka tekivät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hoitotyön kirjaamisen arvioinnista, tutkimusmalleista ja metodeista. Tämä kirjallisuuskatsaus tutki 41:tä eri tutkimusta ja kirjallisuuskatsausta. Audit –työkalua oli käytetty hoitotyön kirjaamisen arviointiin melkein kaikissa näissä tutkimuksissa. Häyrynen tuli samaan tulokseen 2001 valmistuneessa väitöstutkimuksessaan. Nämä kolme tutkimusta osoittavat, että hoitotyön kirjaamisen arviointi on tärkeää, koska se on edelleen jossain määrin riittämätöntä ja epätarkkaa. Monia potilaan hoidolle tärkeitä asioita ja hoitotyön prosessin osia puuttuu edelleen hoitotyön kirjauksista. (Saranto & Kinnunen 2009, 474; Wang ym. 2011; Häyrynen 2001, 47-50.)

Hoitotyön kirjaamista on tutkittu monissa tutkimuksissa ympäri maailmaa ja yleisesti ottaen tutkimukset ovat potilaaseen kohdistuvia tutkimuksia. Kaikissa tutkimuksissa on käytetty erilaisia hoitotyön kirjaamisen arviointityökaluja. Tämä osittain johtuu siitä, että hoitotyön kirjaamista voidaan arvioida monilla erilaisilla arviointityökaluilla. Ei ole mahdollista tehdä yhtä sähköisen hoitotyön kirjaamisen arviointityökalua, joka sopisi kaikkialle ja koko maailmaan, koska edelleen maasta ja sairaalasta riippuen laadullinen kirjaaminen nähdään eri tavalla sekä tietokoneohjelmat ja säädökset ovat eri paikoissa erilaisia. Monet kirjaamiskäytännöt vaihtelevat jopa organisaation sisällä,

koska hoitotyön kirjaamisen yksinkertaistamiseksi on tehty osasto- ja organisaatiokohtaisia sääntöjä. (Wang ym. 2011, 14; Saranto & Kinnunen 2008, 464-475.) Ongelmaksi tässä muodostuu arviointimittareiden epätäydellinen validiteetti eli pätevyys. Eli se mittaako mittari sitä mitä sen pitäisi mitata. (Nykänen P, Viitanen J. ja Kuusisto 2010, 66).

Wangin, Haleyn ja Yun (2011) mukaan tutkimuksissa käytetyt arviointityökalut olivat kehitetty pohjautuen hoitotyön prosessiin, aikaisempiin Audit-työkaluihin, lakiin, organisaation sisäisiin sääntöihin, kirjallisuuskatsauksiin, teoreettisiin kehyksiin, voimassa oleviin kirjaamispohjiin ja hoitotyön käytänteisiin ja fokusryhmähaastatteluihin. Hoitotyön kirjaamisen laatu ei ole kirjallisuuskatsauksen mukaan yksiselitteistä. Siksi sitä voidaan arvioida erilaisilla instrumenteilla käyttäen hyväksi teknologiaa ja oppimis- ja organisaatiollisia interventioita.

Hoitotyön kirjaamisen arviointimittareita on erilaisia (taulukko 2.). Kaila ja Kuivalainen ovat kehittäneet kirjaamisen arviointimittarin Suomessa (Kaila 2014, 113). Björnvell, Thorell-Ekstrand ja Wredling (2000) ovat kehittäneet Cat-ch-Ing arviointityökalun. Johnson ym. (2010) ovat kehittäneet arviointityökaluksi NMCAT -työkalun. Kailan ja Kuivalaisen audit-työkalu on ainoa Suomessa kehitetty työkalu, joka on ollut yleisessä käytössä ympäri Suomen.

Björnvell, Thorell-Ekstrand ja Wredling (2000) tutkimuksessaan toteavat, että kirjaamisen arvioinnilla ei ainoastaan ole tarkoitus arvioida kirjaamista vaan saada aikaan keskustelua ja tätä kautta saada hoitajat tietoiseksi parhaimmasta mahdollisesta hoidosta erinäisissä tilanteissa. Tarkoitus hoitotyön kirjaamisen laadun arvioinnilla on vaikuttaa myös annettavan hoidon tasoon.

Monessa hoitotyön suunnitelmassa ei ollut hoitotyön diagnoosia tai suunnitelmaa. Hoitotyön tekstit sisälsivät tarpeetonta tietoa potilaan hoidon tarpeista ja potilaan kunnosta. Ja hoitotyön kirjaamiseen vaikutti suuresti hoitajien omanlaisensa kirjaamistapa. (Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. 2006, 372.)

Taulukko 2. Audit työkalujen vertailua

Kysymykset	Cat-ch-ing	NMCAT	Kaila ja Kuivalainen	Q-DIO
Kuinka monta kriteeriä/kysymystä?	17	26	15	29
Millainen arviointiasteikko?	0-3, 0 = asiaa ei löydy kirjauksista, 3 = erittäin onnistunut kirjaaminen	ei esiinny, esiintyy, esiintyy aina, ei arvioitu	0-2	tai 0-4
Tulos	0-80		0-15	0-94
Miten luotettavuus testattiin?	asiantuntijapaneelit, yksimieliisyys 3 eri arvioitsijan kesken, VIPS ja Catching tulosten vertailu	uusintamittaukset	rinnakkasimittaukset ja uusintamittaukset	asiantuntijapaneeli, sama luokitteija x 2, kaksi eri luokittelijaa Cronbachin alfa
Mihin perustuu?	perustuu VIPS malliin, joka taas perustuu hoitotyön prosessimalliin		perustuu sähköiseen rakenteeseen kirjaamiseen	perustuu hoitotyön prosessiin

(Björnvell ym. 2000; Jonhson ym. 2010, 832-845; Kaila 2014, 114-116.)

5 Kehittämistyön tavoitteet ja kehittämistehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Päijät-Hämeen keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen yhden osaston hoitotyön sähköistä kirjaamista ja sen kehittämishaasteita. Tavoitteena on laatia ja pilotoida hoitotyön kirjaamisen arviointimittari osaston käyttöön hoitotyön kirjaamisen laadun varmistamiseksi. Arviointimittarilla arvioidaan hoitotyön kirjaamista osastolla Whoiken aikana. Pilotoinnin avulla pyritään löytämään kirjaamisen kehittämisen kohteet, jotka tulee huomioida osaston siir-

tyessä hoitotyön kirjaamisessa HOKE -järjestelmään. Opinnäytetyön tuloksia ja tuosta voidaan hyödyntää osastolla hoitotyön kirjaamisen laadunvarmistuksessa ja kehittämisessä.

Kehittämistehtävät ovat:

1. Luoda hoitotyön kirjaamisen arviointimittari osaston käyttöön.
2. Testata arviointimittaria ja käyttää saatuja tuloksia työpajoissa keskustelun tukena
3. Löytää osaston hoitotyön kirjaamisen kehittämiskohteet hoitajia osallistamalla

6 Kehittämistyön toteutus

6.1 Kehittämistyön eteneminen

Työyhteisöjen kehittäminen on tärkeä ja jopa välttämätön väline hyvän ja laadukkaan hoidon edistämiseen (Mäkisalo 2003, 23). Kehittämistoiminta on sosiaalinen oppimisprosessi, se edellyttää työntekijöiden aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta, avointa dialogia (Toikko & Rantanen 2009, 89). Työntekijöiden aktiivinen mukanaolo varmistaa eri tarpeiden huomioimisen (Krogstrup 2004, ks. Toikko & Rantanen 2009, 90 viitaten). On tärkeää ottaa mukaan sekä hoitotyön johtajat kuin hoitajat selvittämään niitä asioita, jotka vaikuttavat ja hankaloittavat hoitajien kirjaamista (Cheevakasemsook, Chapman, Francis & Davies 2006, 372).

Mikään toimintamalli ei sellaisenaan sovellu siirrettäväksi organisaatiosta toiseen, vaan henkilöstön on oltava mukana kehittämässä toimintaa, koska yhdessä tehdyt päätökset mahdollistavat niihin sitoutumisen. Parhainta oppimista on omien toimintamallien kehittäminen yhdessä kaikkien kanssa työyhteisössä. (Mäkisalo 2003, 48-49.) Opinnäytetyö tehtiin tiiviissä yhteistyössä osaston kanssa, mukaan otettiin hoito-henkilökunta kuin myös kirjaamisvastaavat ja kirjaamistyöryhmä, apulaisosastonhoitajat ja osastonhoitaja. He kaikki auttoivat tekemään kehittämisprosessista onnistuneen kokonaisuuden yhdessä opinnäytetyön tekijän kanssa.

Opinnäytetyön aihe saatiin marraskuussa 2014 Päijät-Hämeen keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen yhdeltä osastolta (kuvio 4). Kehittämistyön ensimmäinen

vaihe aloitettiin keräämällä tutkimustietoa ja perehtymällä osaston kirjaamisen ohjeisiin joulukuussa 2014 – tammikuussa 2015. Tällöin myös syntyi opinnäytetyön teoria-osuuden runko sekä arviointimittari (Liite2). Arviointimittaria testattiin helmikuun alussa 2015. Kehittämistyön toisessa vaiheessa pidettiin hoitohenkilökunnalle Learning café -työpaja helmikuun puolivälissä. Näistä syntyneistä tuloksista informoitiin kirjaamistyöryhmää, jotka olivat vastuussa HOKE -ohjeista maaliskuussa 2015. Whoikesta HOKE:en siirryttiin osastolla 11.3.2015. Kaikista opinnäytetyön tuloksista informoitiin osaston henkilökuntaa osastotunneilla marraskuussa 2015. Osastotunteja pidettiin kaksi, jotta mahdollisimman moni hoitajista pääsisi osallistumaan ja kuulemaan tuloksista. Osastolla on jo harkinnassa kirjaamisen uudelleen arviointi mahdollisesti syksyllä 2016. Keskussairaalan muilla osastoilla on ollut myös puhetta arvioida kirjaamista.



Kuvio 4. Kehittämistyön eteneminen 2014-2016

6.2 Kehittämistyön menetelmät ja aineisto ensimmäisessä vaiheessa

6.2.1 Kirjaamisen arviointimittarin laatiminen

Kehittämisidea hoitotyön kirjaamisen arvioinnista tuli kirjaamistyöryhmän vastuuhenkilöltä. Tammikuussa 2015 kehitettiin arviointimittari. Ensimmäiseen arviointityökalun arviointikriteerit ja kysymykset pohjautuivat aikaisempiin tutkimuksiin ja arviointityökaluihin, sekä osaston omiin kriteereihin sekä Suomen lain edellyttämiin kirjaamisen kriteereihin kuin myös rakenteisen kirjaamisen vaiheisiin sekä hoitotyön prosessiin, että Fin-CC luokitukseen ja eettisiin yksityiskohtiin.

Arviointikriteerit olivat:

1. Asiakaskeskeisyys kirjaamisessa; mitä potilas sanoi ja teki, ei mitä hoitaja teki
2. Potilaan osallistaminen, ohjaus, hoidon suunnitteluun osallistaminen, psyykinen tuki
3. Prosessimalli ajattelun näkyminen hoitotyön kirjaamisessa
 - * Hoitotyön diagnoosi
 - * Hoitotyön suunnitelma
 - * Hoitotyön toiminnot
4. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaamisen näkyminen
 - > arvioinnin tekeminen. Esimerkiksi jos annetaan lääkettä, näkykö lääkkeen vaikutuksen arviointi
5. Vastaako hoitotyön suunnitelma potilaan tilaa (verrataan päivittäiseen kirjaamiseen)
6. Fin-CC luokituksen käyttäminen oikein niin päivittäiskirjaamisessa kuin hoitotyön suunnitelmassa, komponenttien oikein valinta
7. Onko tulosyypotilaslähtöinen hoitotyön diagnoosi, ei lääkärin diagnoosi
8. Lyhenteiden, slangin tai latinan käyttö vapaassa tekstissä
9. Onko kirjaamiset ajallisesti oikein tehty, etenee järkevässä järjestyksessä
10. Kirjaamisen asiallisuus, ja lauserakenteiden helppolukuisuus
11. Tilastollinen laskenta 1-3 esim. näkyy, hieman, ei ollenkaan (kirjaamisen laatu tulee enemmän esiin)

Arviointimittariin tulevia kysymyksiä ennakkoarvioitiin opinnäytetyön tekijän, apulaisosastonhoitajan, sekä kirjaamisen vastuuhenkilön kanssa. Arviointimittarin sisältöön tuli muutamia muutoksia, jotka suurilta osin koskivat lauserakenteita ja sanojen muokkausta. Tällä ennakkoarvioinnilla haluttiin testata sitä, että arviointimittari arvioi sitä, mitä osasto haluaa kirjaamisen laadusta tietää.

Arviointilomaketta esiteltiin myös yhden potilaan hoitotyön päivittäiskirjaamisen ja hoitosuunnitelman avulla. Kaksi kirjaamisen vastuuhenkilöä arvioi arviointimittarilla yhden päivittäiskirjaamisen ja hoitosuunnitelman, ja niitä verrattiin keskenään opinnäytetyön tekijän arviointiin. Tässä vaiheessa nousi edelleen esiin kehitettäviä asioita

arviointimittarissa. Tärkeintä oli huomata, että pistemäärät erosivat vain yhdellä pisteellä toisistaan, joten arviointi oli samankaltaista arvioitsijasta huolimatta. Tällä yhtenäistettiin ajatusta siitä, miten arviointimittarilla arvioidaan kirjaamista.

Arviointimittarin pilotoinnissa käytettiin arviointiasteikkoa nollasta (0) kahteen (2). Kaksi viittaa siihen, että kysytty asia toteutuu kirjaamisessa. Ykkönen tarkoittaa sitä, että asia toteutuu kirjaamisessa osittain ja nolla, ettei asia toteudu kirjaamisessa ollenkaan. Opinnäytetyöhön otettiin arviointiasteikoksi 0-2, koska Kaila (2014) on todennut tutkimuksessaan, että hoitotyön kirjaamisen arvioinneissa pelkkä kyllä / ei - arviointi ei anna tarpeeksi kuvaa siitä millainen laatu kirjaamisella on. Tällä arviointiasteikolla haluttiin varmistaa, että kirjaamisen arviointi ottaa huomioon myös osittain onnistuneet kirjaamiset, eikä katsontakanta olisi arvioinnissa täysin mustavalkoinen.

6.2.2 Kirjaamisen arviointivaiheen aineiston keruu ja analyysi

Apulaisosastonhoitaja keräsi helmikuussa 2015 potilaiden päivittäiskirjaamia sovittua kirjaamispäivää seuraavana päivänä. Tavoitteena oli saada 20:en potilaan päivittäiskirjaamiset, mutta osaston suuren potilasvaihtuvuuden takia potilaiden päivittäiskirjaamia valikoitui 18. Osaston potilaiden vaihtuvuus tarkoitti sitä, että joko potilas lähti osastolta sovittuna kirjaamispäivänä ennen klo 16 tai potilas tuli vasta myöhään osastolle, joten päivittäiskirjaamia ei näiden potilaiden kohdalla ollut tarpeeksi sen arviointiin.

Työhön tulostettiin helmikuussa kahden päivän aikana tapahtuneet hoitotyön kirjaamiset apulaisosastonhoitajan toimesta. Kahden päivän kirjaamiset tulostettiin sen takia, että arviointia voitiin tehdä koskien hoitotyön suunnitelman päivittämistä. Opinnäytetyön tekijän omia kirjaamia ei ollut arvioidussa teksteissä. Arvioinnin kohteena oli kuitenkin vain yhden päivän hoitotyönkirjaukset. Arvioinnista saadut tulokset ovat yleistettävissä osastolla, muttei osaston ulkopuolella.

Kirjaamisen arvioinnissa maksimitulos oli 34 tai 36 pistettä (Liite 1). Kirjaaminen oli sitä onnistuneempaa ja laadukkaampaa, mitä suurempi pistemäärä oli. Kahden pisteen heitto maksimipistemäärästä johtui siitä, että kysymys 10 oli mahdollista jättää

väliin. Kysymys käsitteli lääkehoidon arviointia, eikä sitä voitu arvioida, jos lääkkeitä potilaalle ei oltu annettu.

Jos kysymyksessä arvioitiin enemmän kuin yhtä asiaa, täyden pistemäärän eli kaksi (2) pistettä sai, jos kaikki asiat oli otettu huomioon. Yhden asian puuttuminen toi tulokseksi yhden (1) pisteen, ja jos useampi kuin yksi asia puuttui, oli tulos nolla (0). Esimerkiksi kysymys: Onko kirjaamisessa ravitsemus, puhtaus, erittäminen, aktiviteetti ja potilaan oireiden seuranta tehty päivittäin. Jos yhtä asiaa ei arvioitu tässä kysymyksessä, esimerkiksi erittämistä ei oltu huomioitu, tulos oli yksi, jos useampi kuin yksi asia puuttui oli tulos nolla. Täyden pistemäärän eli kaksi pistettä sai vain, jos kaikki komponentit oli otettu huomioon.

Jokainen hoitotyön teksti käytiin läpi yksitellen jokaisen kysymyksen osalta. Samalla opinnäytetyöntekijä teki muistiinpanoja siitä mitä hoitotyön teksteistä puuttui, jos pistemäärä ei ollut kaksi pistettä.

Nämä kaikki 18 hoitotyön kirjaamisen arvioinnin tulokset kerättiin Excel -taulukoksi (Liite 1), josta näkyi jokaisen potilaan hoitotyön tekstin pistemäärät sekä jokaisen kysymyksen pistemäärät. Eri pisteet (0-2) merkattiin taulukkoon eri väreillä, lukemisen helpottamiseksi. Jokainen kysymys käytiin myös läpi muistiinpanojen kanssa ja etsittiin yleisimmät puutteet. Näin saatiin käsitys siitä, mitkä olivat osaston suurimmat kehittämiskohteet hoitotyön suunnitelmissa ja päivittäiskirjaamisissa.

6.3 Kehittämistyön menetelmät ja aineisto toisessa vaiheessa

6.3.1 Learning cafe -työpaja

Toimijoiden, eli tässä työssä hoitajien, osallistuminen kehitystyöhön oli hyvin tärkeää. Hoitajia ei vain pelkästään osallistettu, vaan he osallistuivat itse kehitystyöhön. Osallistuva työskentely mahdollistaa hoitajien aktiivisen roolin kehittämisessä, heillä ei ole pelkästään passiivinen rooli tiedon tuottajana (Toikko & Rantanen 2009, 94-96).

Hoitajien osallistuminen toteutettiin työpajoissa työelämän työskentelymenetelmiä apuna käyttäen. Työelämän työskentely- ja kehittämismenetelmiä on paljon. Näitä ovat esimerkiksi muutoslaboratorio tai tulevaisuusdialogi. Menetelmä, jota tässä

työssä käytettiin, muotoutui vasta kun ensimmäinen vaihe eli kirjaamisen arviointi oli tehty. Työpajoissa käsiteltiin yhdessä työntekijöiden kanssa kirjaamisen arviointituloksia. Osallistujat toivat esiin omia näkemyksiään ja ideoitaan kirjaamisen ja arviointitikaavakkeen kehittämiseksi. Toikon ja Rantasen (2009, 99) mukaan, Learning cafén tarkoituksena on saada aikaan tasavertainen avoin dialogi, jossa tuotaisiin esille myös eroavia näkemyksiä (Toikko & Rantanen 2009, 99). Sitä haettiin myös tässä kehitystyössä.

Learning café tai suomennettuna oppimiskahvila on melko yksinkertainen osallistava työskentelymenetelmä, jonka avulla voidaan ideoida ja oppia. Tarkoituksena Learning caféssa on jakaantua pieniin ryhmiin pöytäkunnittain. Ideana on siirtyä pöydästä toiseen ja pohtia aiempia tuotoksia ja ideoida niitä eteenpäin pien ryhmissä. (Learning cafe eli oppimiskahvila 2012.)

Tilaan tarvitaan pöytiä, niitä täytyy olla yhtä monta kun kysymystä tai teemoja on. Kussakin pöydässä on tyhjiä paperiarkkeja, post-in lappuja, sekä erilaisia kyniä. Pöytiin voidaan myös laittaa ”pöytälinaksi” esimerkiksi fläppitaulupaperi, mihin osallistujat voivat kirjoittaa ajatuksiaan. (Learning cafe eli oppimiskahvila 2012.)

Learning café järjestettiin sairaalan kokoustilassa. Rentoutta korostettiin tervetulo-toivotuksella ja kahvitarjoilulla. Tunnelma pidettiin mahdollisimman rentona ja tätä korostettiin hoitajille. Tilaan oli järjestelty kaksi pöytäryhmää, joiden päällä oli fläppitaulu -paperit ja erivärisiä kyniä.

Hoitajia mietitytti ja jopa jännitti alkuun, miten paljon heidän pitäisi osata tai tietää tullessaan learning caféeseen. Opinnäytetyöntekijä painotti sitä, että tarkoituksena on pitää vapaamuotoinen keskustelutuokio kollegoiden kesken.

Learning café -menetelmään tarvitaan ohjaaja, joka on valinnut mahdolliset teemat valmiiksi ja ehkä jäsennellytkin niitä. Tämä ohjaaja ohjaa Learning cafe -menetelmää ja sen etenemistä. Lisäksi joka pöytään valitaan oma puheenjohtaja, joka pysyy samassa pöydässä koko ajan ja joka kertoo jokaiselle pöytään tulevalle ryhmälle mitä on jo keskusteltu ja mikä sen pöydän tarkoitus on. Puheenjohtaja pitää myös huolen siitä, että jokainen pöydässä keskustelija saa tuoda esiin omia ideoitaan ja näkemyksiään. (Learning cafe eli oppimiskahvila 2012.)

Jokaisessa pöydässä keskustelu aloitellaan sopivalla kysymyksellä. Keskustelu pöydissä on vapaa ja se kestää 20-30 minuuttia kerrallaan, jonka jälkeen jokainen ryhmä vaihtaa pöytää ja aloittaa uudessa pöydässä keskustelun uudestaan. Keskustelua pöydissä voidaan kehittää uusien kysymysten myötä tai näkökulma pöytien teemoihin voi pysyä samana koko menetelmän ajan. (Learning cafe eli oppimiskahvila 2012.)

Koska koko Learning café -ryhmä oli pieni ($n=7$), toimi opinnäytetyön tekijä oli ohjaajana sekä puheenjohtajana pöydissä. Opinnäytetyön tekijä oli muodostanut aihepiirit fläppitaulupaperille, jonka alle ryhmäläiset saivat kirjoittaa mielipiteitään ja ajatuksiaan. Avaavia kysymyksiä opinnäytetyön tekijällä oli osoittaa siinä tapauksessa, jos ryhmässä ei saatu keskustelua aikaiseksi.

Koska Learning cafén idea on melko yksinkertainen, on osallistujien se helppo sisäistää. Osallistujilta ei mene turhaa energiaa Learning café –menetelmällä työskentelyn oppimisen, vaan he voivat kohdentaa voimavarojensa keskusteluun ja uuden oppimiseen. Lisäksi vapaa keskustelu pienellä ohjauksella voi aikaansaada työntekijöiden keskuudessa oman ajattelun laajentamista ja uusia hyviä ideoita kirjaamisen tueksi.

Työpajoihin osallistuminen hoitohenkilökunnalta oli vapaaehtoista, kuitenkin osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan avustuksella nimettiin hoitajat, jotka voisivat sinä päivänä osallistua tapaamiseen. Työpajaan osallistuminen oli työaikaan kuuluvaa. Työpaja järjestettiin kertaalleen suunnitellun kahden kerran sijasta, koska aikataulut eivät sallineet kahden työpajan järjestämistä. Yhden tapaamiskerran pituus pidennettiin 1,5 tuntiin, suunnitellun 50 minuutin sijasta. Yksi Learning café kerta antoi paljon tietoa hoitajien mielipiteistä kirjaamiseen, kirjaamisen kehittämiseen sekä kirjaamisen arviointiin. Opinnäytetyön tekijä osallistui työpajaan omalla ajallaan.

6.3.2 Työpajavaiheen aineiston keruu ja analyysi

Learning café -ryhmään osallistui 7 hoitajaa, sairastapausten takia kaksi hoitajaa jäi pois. Hoitajien ryhmä koostui niin perus-/lähihoitajista ($n=2$) ja sairaanhoitajista ($n=5$). Ryhmä jaettiin kolmen ja neljän hengen ryhmiin. Ryhmien teemat olivat: kirjaaminen ja kirjaamisen ohjeet sekä kirjaamisen tila ja arviointi. Teemat pidettiin mahdollisimman avoimena, jotta keskustelu olisi avointa ja hedelmällistä. Keskuste-

lua jouduttiin johdattelemaan hieman apukysymysten avulla, koska avoimet kysymykset aiheuttivat ihmettelyä ja keskustelun aloitus ryhmissä oli hankalaa. Aikaa oli varattu 1,5 tuntia, joka tuntui loppuvan hieman kesken.

Learning café ryhmässä päätettiin, että keskustelua ei nauhoiteta, vaan tehdään muistiinpanoja, jotta nauhoittaminen ei aiheuta keskustelun latistumista. Lopussa opinnäytetyön tekijä huomasi, että nauhoittaminen olisi ollut kaikista varmin tapa saada hoitajien keskustelut tallennettua sanasta sanaan.

Jokaisen aiheen parissa oli aikaa 15-20 minuuttia, mitään keskustelua ei jätetty kesken, joten aika oli hieman liukuva. Tämän jälkeen vaihdettiin pöytiä ja jatkettiin toisen ryhmän kirjoituksista. Ensimmäisen osion jälkeen, Learning cafen osallistujille kerrottiin osaston kirjaamisen arvioinnin tulokset ja käytiin läpi kirjaamisen arvioinnin kaavake. Tätä asiaa ei käyty läpi heti kahvilan avautuessa, jotta tulokset eivät vaikuttaisi osallistujien mielipiteisiin. Toiset kysymykset olivat kirjaamisen arvioinnin tulokset ja kirjaamisen arvioinnin kaavake. Myös tähän jouduttiin antamaan apukysymyksiä koska avoimet teemat aiheuttivat hämmennystä.

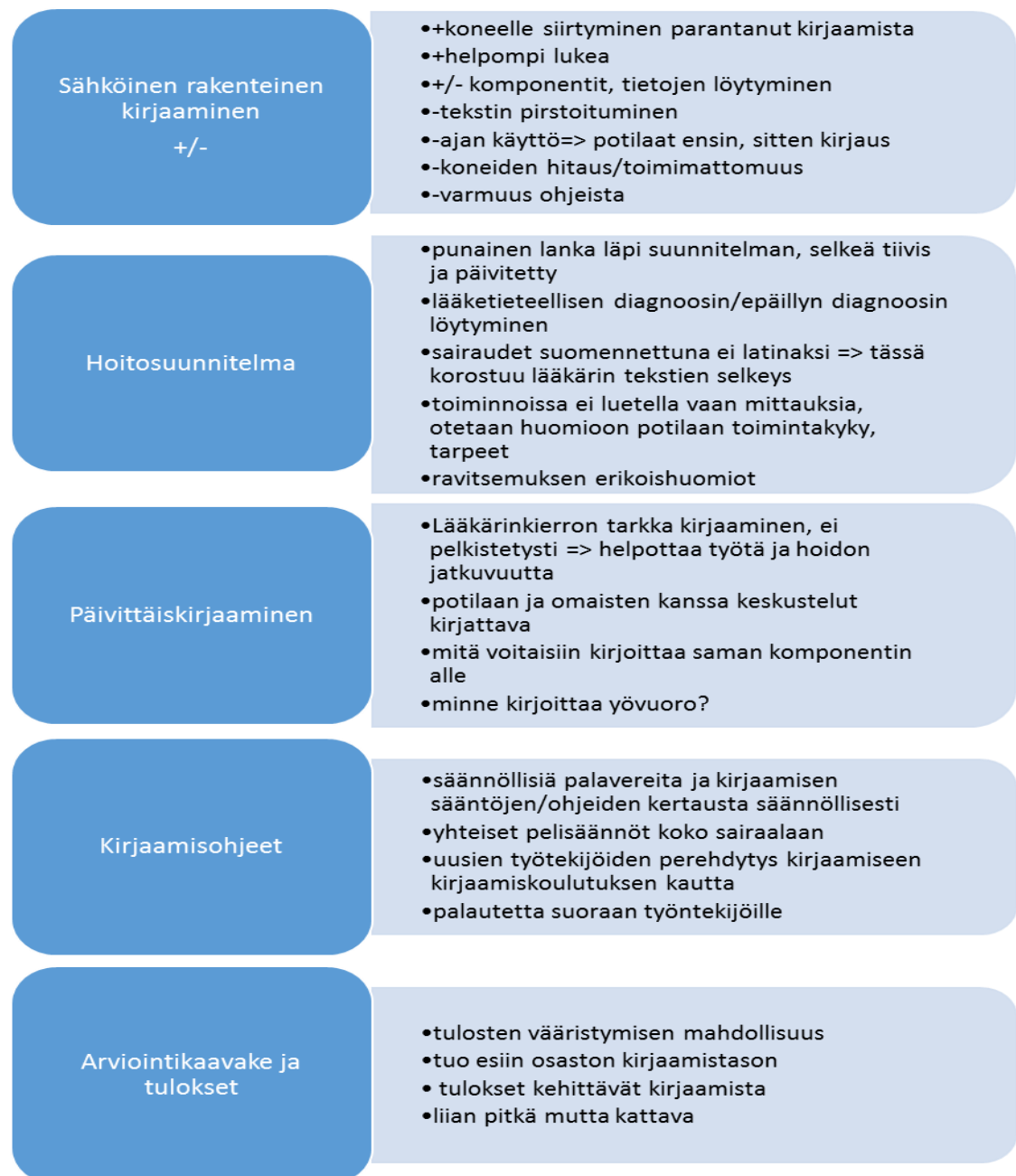
Aineiston analyysimenetelmänä tässä työssä Learning cafén osalta käytettiin teemoittelua. Teemoittelu on yksi kvalitatiivisen eli laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmistä ja sitä voidaan parhaiten käyttää jonkin käytännöllisen ongelman ratkaisumenetelmänä. Teemoittelun avulla voidaan löytää aineistosta tiettyjä aiheita jotka toistuvat ja näin ollen löytää keskeiset teemat aineistosta. (Eskola & Suoranta 1998, 178-180)

Aineistona Learning café –työpajoista saatiin neljä fläppitaulupaperia hoitajien kirjoittamaa tekstiä sekä opinnäytetyön tekijän muistiinpanot, joita oli noin viisi A3 -sivua. Learning cafésta noussut aineisto kirjoitettiin puhtaaksi eli hoitajien kirjoittama aineisto sekä opinnäytetyön tekijän muistiinpanot kerättiin yhteen helposti luettavaksi kokonaisuudeksi. Tässä opinnäytetyössä teemoittelu pohjautui jo valmiisiin otsikoihin (kirjaamisohjeet, päivittäiskirjaaminen ja arviointikaavake) ja ne pidettiin pääteemoina, joiden alle ryhdyttiin koko aineistoa teemoittelemaan.

Jotta kerätty aineisto palvelisi osastoa ja kirjaamisen kehittämistä, teksteistä haettiin niitä asioita, mitkä tekevät suunnitelman ja päivittäiskirjaamisen hyväksi, millaista kirjaamisen pitäisi olla ja mitä osastolla voitaisiin tehdä kirjaamisen parantamiseksi.

Teemoittelun tuloksena löydettiin myös sähköisen rakenteisen kirjaamisen hyvät ja huonot puolet hoitajien kokemana. Tämä laitettiin lopulta omaksi otsikoksi.

Teemoittelussa otettiin huomioon sekä hoitajien tuottama teksti että opinnäytetyöntekijän kirjoittamat muistiinpanot. Näistä molemmista teksteistä jaoteltiin asiat jotka sopivat kunkin otsakkeen alle. Jotakin asioita tuli teksteissä mainittua useampaan otteeseen ja ne yhdistettiin. Lopulta alleviivatut asiat tiivistettiin ja muokattiin kuvio muotoon (Kuvio 5).



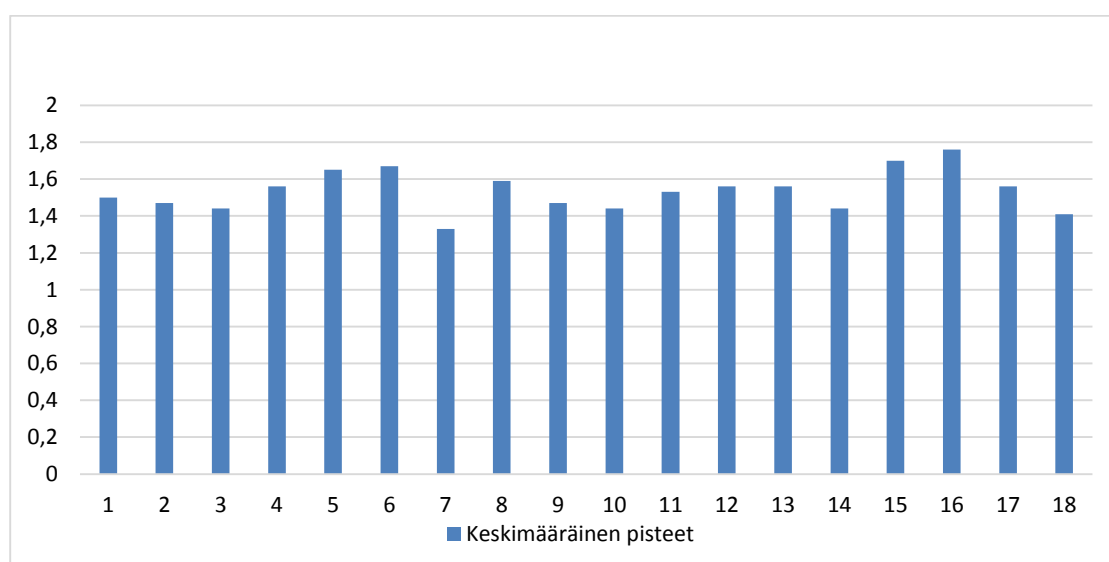
Kuvio 5. Hoitajien mielipide kirjaamisen parantamiseksi

7 Kehittämistyön tulokset

7.1 Whoiken sähköisen kirjaamisen arviointi

Tulokset hoitotyön kirjaamisen arvioinnista esitettiin numeroina nollasta kahteen kaikkien annettujen numeroiden keskiarvona. Näin ollen kysymykset olivat vertailukelpoisia keskenään, eikä kysymyksen 10 puuttuminen osasta aiheuttanut tulosten tarkastelussa erilaisuutta.

Hoitosuunnitelmien ja päivittäiskirjaamisen arvioinnissa hajonta ei ollut kovinkaan runsasta (kuvio 6); pistemäärät vaihtelivat 1,33:sta 1,75:ään tai 24/36:sta 30/34, yhtään hoitotyön suunnitelmaa ei ollut missä kaikki vaadittavat komponentit olisivat olleet oikein.

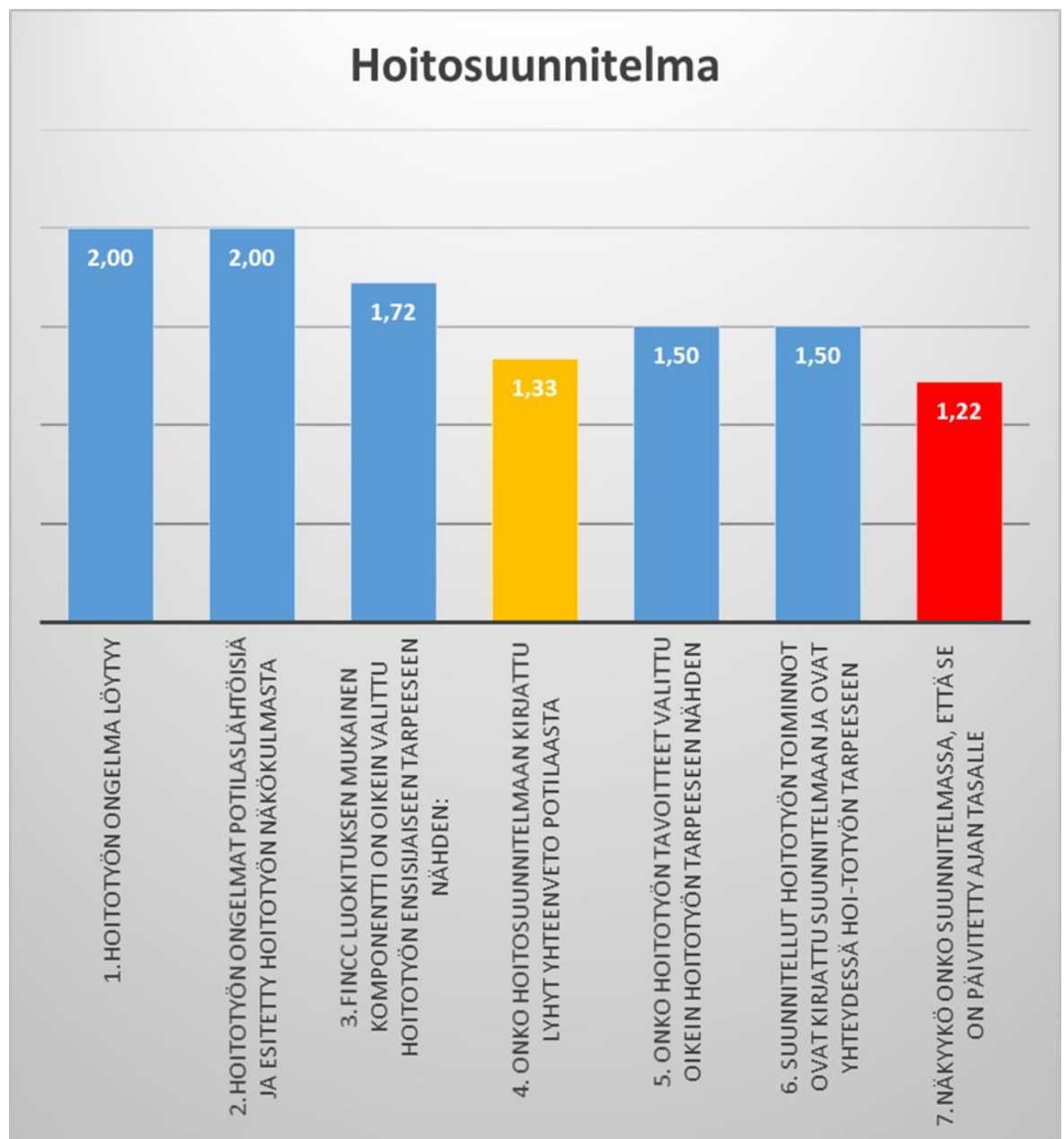


Kuvio 6. Keskimääräiset pisteet hoitosuunnitelmassa ja päivittäiskirjaamisessa.

Suurin hajonta tuli, kun tarkasteltiin yksittäisiä kysymyksiä. Kun tarkastellaan yksittäisiä kysymyksiä, voidaan nähdä kehitettävät kohteet ja vahvuudet paremmin kuin tarkastellessa jokaisen potilaan kirjauksia erikseen. Kun taas osaston kirjaamisen kokonaistila ja -taso näkyy paremmin, kun katsotaan hoitosuunnitelmien ja päivittäiskirjaamisen arviointia. Tämän työn kannalta oli tärkeää avata jokaisen kysymyksen heikot kohdat.

7.2 Hoitosuunnitelmien kirjaamisen arviointi

Hoitosuunnitelmista (kuvio 7) arvioitiin seitsemää eri kohtaa. Sinisellä merkityt palkit ovat vielä hyväksytyissä rajoissa, mutta voivat sisältää puutteita. Keltaisella merkitty palkki ja punaisella merkitty palkki on jo hälyyttävissä rajoissa ja näihin osaston pitäisi parantaa kirjaamista



Kuvio 7. Hoitosuunnitelman keskiarvo.

Hoitosuunnitelmat olivat kirjattu pääasiassa hyvin. Kaikista löytyi yksi hoitotyön ongelma ja ne oli esitetty potilaslähtöisesti jokaisessa tutkitussa hoitosuunnitelmassa.

Hoitotyön ongelma oli myös oikein valittu tulosyyhyn nähden melkein kaikissa tutkituista hoitosuunnitelmista, vain kolmessa oli puutteita ja yhdessä hoitosuunnitelmassa hoitotyön diagnoosi ei vastannut tulositytä.

Hoitosuunnitelmissa 12:sta oli puutteita potilaasta tehdyssä yhteenvedossa. Suurimmat pisteenmenetykset johtuivat siitä, että hoitosuunnitelmaan ei oltu kirjattu oireiden alkamispäivämäärää tai sairaalaan tulon päivämäärää. Monessa hoitosuunnitelmassa oli todettu, että oireet alkoivat esimerkiksi *”viime torstaina”* tai *”eilen”*, tämä kuitenkin ei kerro oikeaa ajankohtaa potilaan oireiden alkamisesta, jos potilas on ollut jo useamman päivän tai viikon sairaalassa.

Kahdessa hoitosuunnitelmassa ei mainittu potilaan perussairauksista mitään, joko sen takia, että potilas oli perusterve tai sairauksien kirjaaminen oli unohtunut. Jotta välttyttäisiin väärinkäsityksiltä, olisi hyvä jos kirjattaisiin hoitosuunnitelmaan myös jos potilas on perusterve. Epäilty diagnoosi puuttui muutamista hoitosuunnitelmista, tämän asian puuttuminen taas vaikeuttaa hoitosuunnitelman tekoa ja potilaan kokonaisvaltaista ja tehokasta hoitoa.

Tavoitteiden asettamisessa oli yhdeksässä hoitosuunnitelmassa jonkin näköinen ongelma. Nämä liittyivät useimmiten siihen, että hoidon tavoitteeksi asetettiin vain potilaan kotiutuminen. Kun potilas saapuu sairaalaan, on hänellä jokin vaiva, tauti tai sairaus johon halutaan ratkaisu. Ratkaisu voi olla vaivan helpottaminen, taudin parantaminen, sairauden kanssa elämään oppiminen tai sairauden laadun ymmärtäminen. Yksistään kotiutuminen hoidon tavoitteeksi ei ole riittävä.

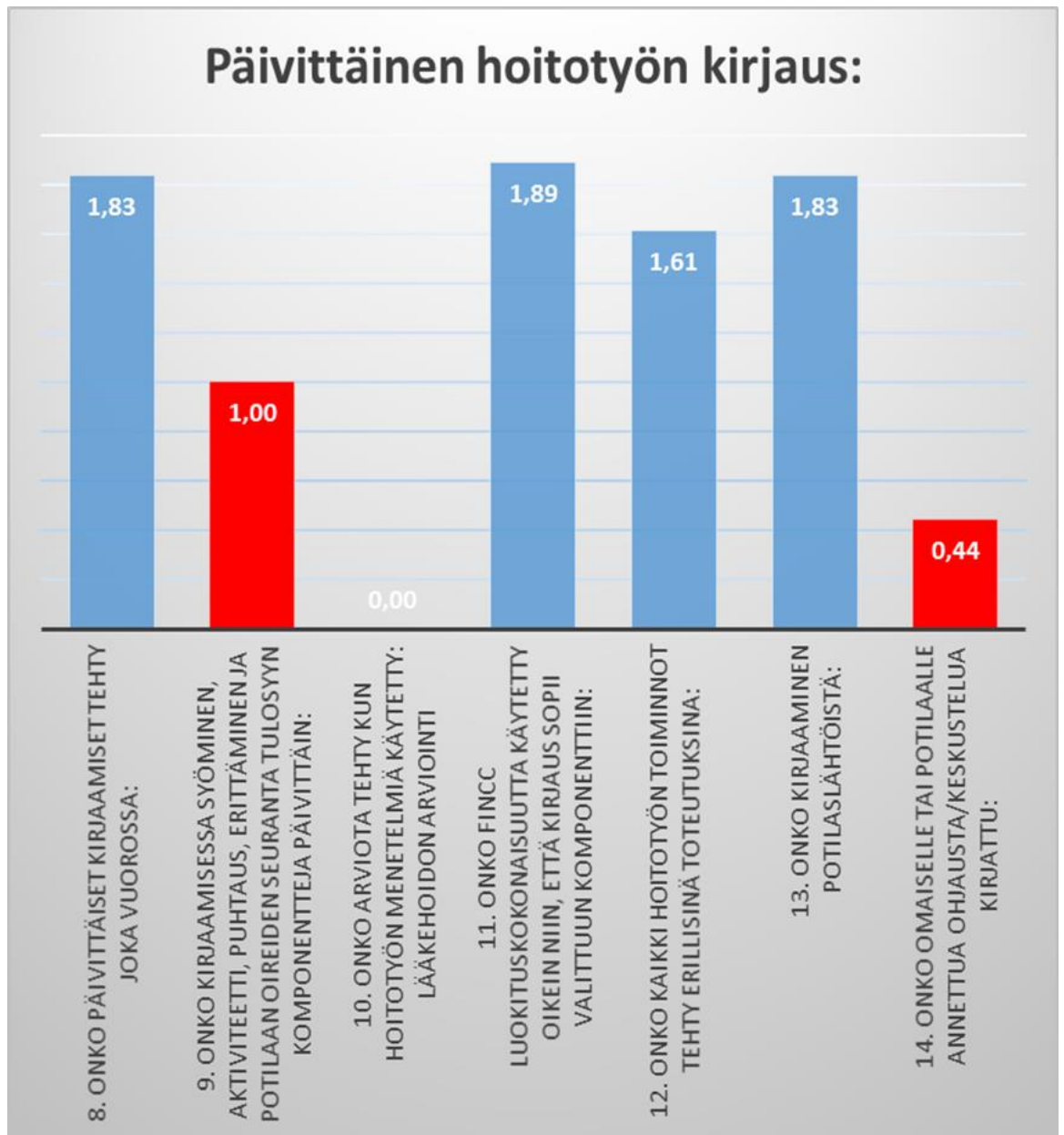
Hoitotyön suunnitelman toiminnoista unohtui monesti psyykkinen ja sosiaalinen puoli, vaikka potilaan suurimmat hoitotyön ongelmat olisivat potilaan psyykkisellä puolella. Suurimmaksi ongelmaksi muodostui, ettei potilaan oireiden seuranta ei oltu kirjattu hoitotyön toimintoihin monessakaan hoitosuunnitelmassa. Hoitotyön toiminnot olivat painottuneet mitattaviin toimintoihin: verenpaineen, painon, lämmön ja saturaation seuraaminen. Potilas kokonaisuutena ja yksilönä oli muutamissa hoitosuunnitelmissa unohtunut.

Opinnäytetyössä hoitosuunnitelmien ajantasaisuuden arviointi perustui 48 tunnin ajalta monistettuihin potilaspapereihin päivittäiskirjaamisesta ja hoitosuunnitelmasta, ei esimerkiksi sisätautiteksteihin. Hoitosuunnitelmien ajantasaisuudessa löytyi

puutteita noin ¼ osassa suunnitelmista. Luku voisi olla suurempikin, jos potilaspapereita olisi voitu lukea pidemmältä ajalta ja perehtyä muihinkin teksteihin kuten sisätautiteksteihin. Kaikkia kierrolla päätettyjä asioita, niin sanottuja määräyksiä, ei oltu siirretty suunnitelmaan tai potilas oli paremmassa kunnossa kuin suunnitelma antoi odottaa. Yhdessä tekstissä potilas oli siirtymässä jatkohoitoon mitä ei oltu otettu huomioon suunnitelmassa. Muutamissa suunnitelmissa oli potilas odottamassa tutkimuksiin jo kolmatta päivää, eikä käynyt ilmi oliko hän niissä jo käynyt.

7.3 Hoitotyön päivittäismerkintöjen kirjaamisen arviointi

Hoitotyön päivittäiskirjaamisessa arvioitiin seitsemää eri kohtaa (kuvio 8). Päivittäiskirjaamisessa erot olivat selviä ja niissä tulivat suurimmat hoitotyön kirjaamisen ongelmat ja puutteet esille. Kuitenkin myös hyvin onnistuneita osuuksia päivittäiskirjaamisessa oli. Sinisellä palkilla on merkitty ne kysymykset joiden keskiarvo oli hyväksyttävällä tasolla, punaisella taas ne joissa puutteet kirjaamisessa olivat liian suuret. Yhtä palkkia ei ollenkaan näy koska tulos oli nolla.



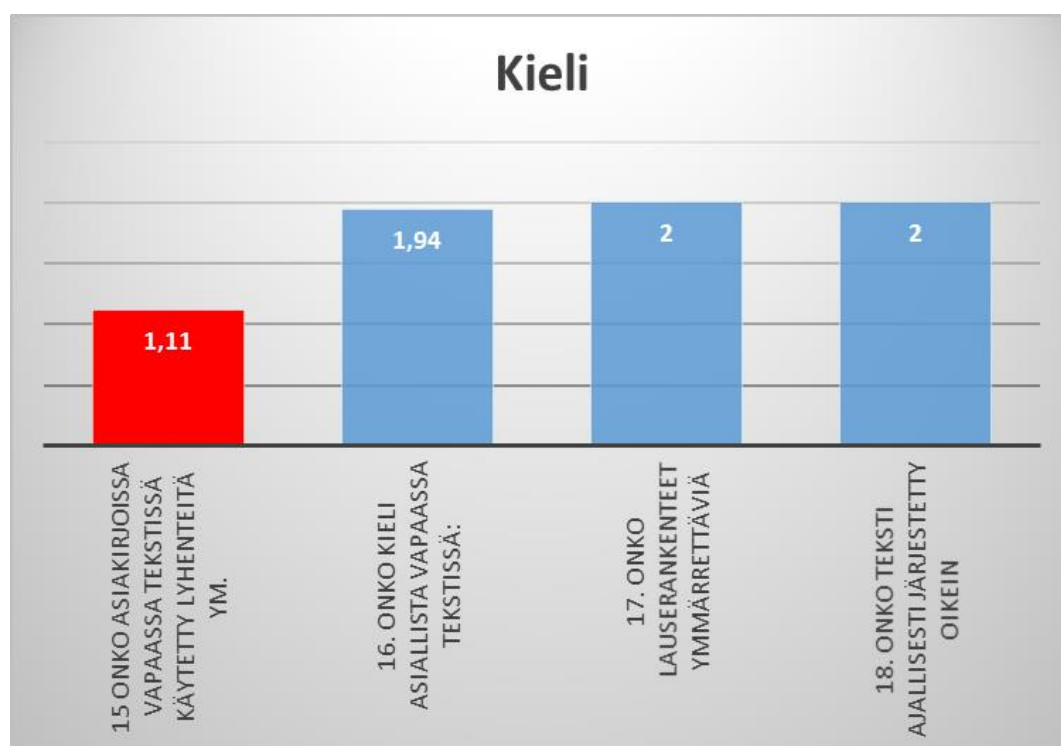
Kuvio 8. Päivittäiskirjaamisen keskiarvo

Hoitajat eivät opinnäytetyön mukaan ottaneet huomioon lääkehoidon arviointia missään arvioidussa hoitotyön tekstissä, tästä tuli tulokseksi 0. Myös potilaan ja omaisten kanssa käytyjä keskusteluja tai opetusta ei dokumentoitu riittävän useassa hoitotyön tekstissä. Tästä tuli pisteitä vain 8/36:sta. Hyvin vähän oli kirjattu potilaalle annettavaa ohjausta tai keskustelua. Iso osuus päivästä on potilaiden kanssa juttelua ja ohjausta mikä ei näy hoitotyön teksteissä. Hoitotyönkirjaaminen oli kaikesta huolimatta melko lailla potilaslähtöistä.

Vuoroittain vaaditut komponentit (puhtaus, aktiviteetti, erittäminen, tulosyys oireiden seuranta) puuttuivat puolesta tutkituista aineistoista. Oireiden seurannan puuttuminen on ehkä hoidon kannalta se merkittävin. Melkein kaikissa tutkituissa aineistossa oli kirjattu joka vuorossa, vain kahdessa tutkituista hoitotyön kirjaamisessa oli ongelmia tässä.

7.4 Kirjaamisessa käytetyn kielen arviointi

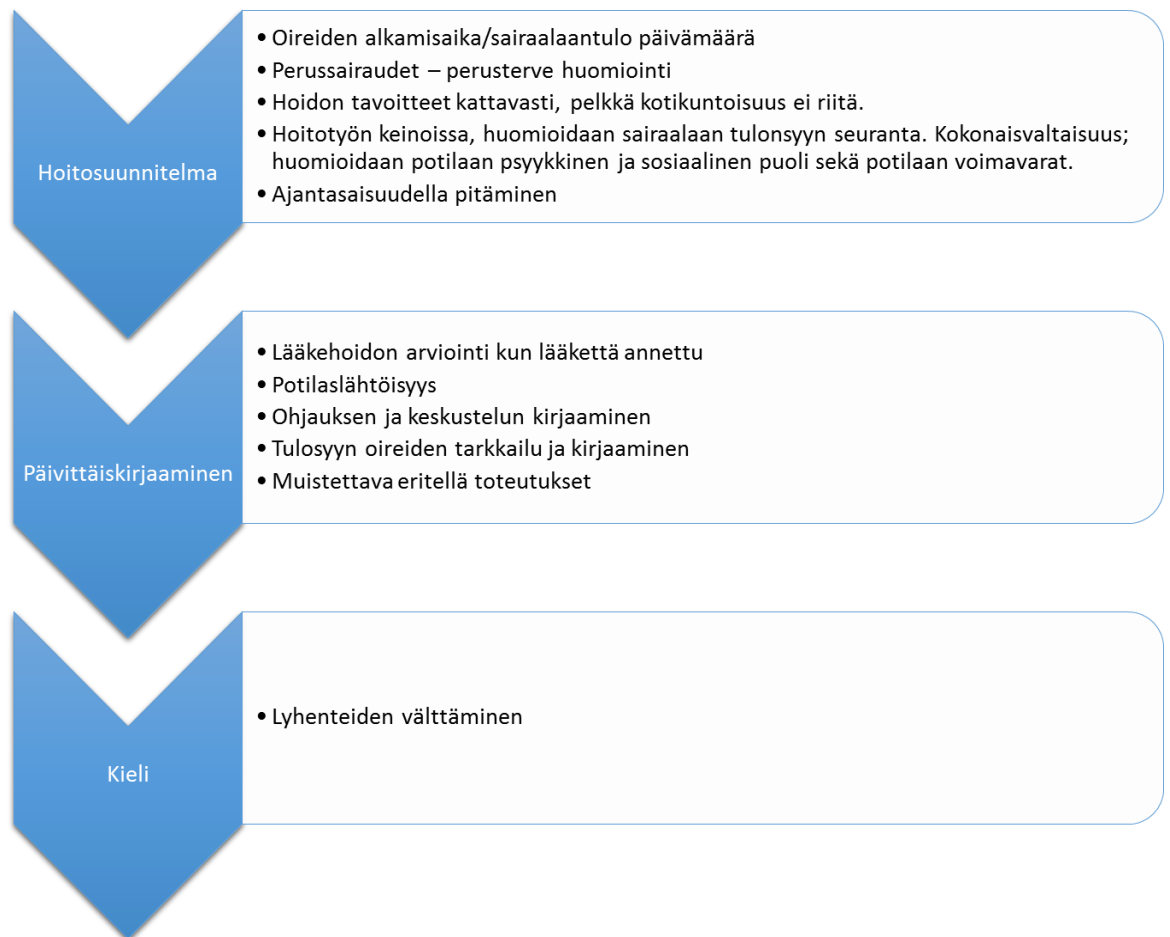
Kielen arvioinnissa arvioitiin vähiten kohtia (kuvio 9). Arvioinnista tuli hyviä tuloksia. Kuitenkin yksi kysymys jäi punaiselle, joka vaatii huomiota hoitajilta. Tämä kysymys oli ”onko asiakirjoissa vapaassa tekstissä käytetty lyhenteitä/slagisanoja/latinaa”.



Kuvio 9. Käytetyn kielen keskiarvo

Hoitotyön kirjaamisessa käytetty kieli oli asiallista ja ymmärrettävää, mutta hoitajat olivat käyttäneet liikaa lyhenteitä ja latinankielisiä sanoja. Lyhenteitä ja latinaa käytettiin suurimmaksi osaksi hoitosuunnitelmissa, ei niinkään hoitotyön päivittäiskirjaamisessa. Näitä lyhenteitä oli esimerkiksi ”KNM, VS, RR, p+, PS I, PS II, iv.ab., thx, keu.kons., sis.kons. ja NL”. Eniten toistui KNM. Lyhenteiden ja slangisanojen käyttö haittaa lukemista ja voi aiheuttaa väärinymmärryksiä hoitajien kesken.

Suurimaat vaaditut muutokset ja huomioon otettavat seikat potilaiden hoitotyön kirjaamisessa on esitelty alla (kuvio 10). Asiat ovat koottu kuvio muotoon tutkitun aineiston perusteella.



Kuvio 10. Kirjaamisen laadun parantamiseen vaaditut muutokset

7.5 Hoitajien näkemys hoitosuunnitelmasta ja päivittäiskirjaamisesta

Hoitajien kokemus oli, että kirjaaminen on kokonaisuudessaan parantunut sen jälkeen kun siirrytty sähköiseen kirjaamiseen. Sähköisen kirjaamisen komponentteja pidettiin hyvänä asiana, jotka helpottavat kirjaamisen lukemista ja helpottavat tiedon etsimistä. Kirjaamista vaikeuttaa ajan rajallisuus; kiireessä tulee vähemmän kirjattua potilaista. Osastolla oli huomattu, että laadukas kirjaaminen ei onnistu jos ei ole riittävästi aikaa.

Lääkäreiden kirjaamisen selkeydellä on huomattu olevan vaikutusta hyvän hoitosuunnitelman laatimiseen. Jos lääkäri kirjoittanut paljon latinankielisiä sanoja, niiden kääntäminen suomeksi on vaikeaa sekä mahdollisuus käännösvirheisiin on olemassa. Myös potilaan diagnoosin näkyminen lääkärin tekstissä sekä hoitosuunnitelmassa helpottaa potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja päivittäiskirjaamista.

Hoitosuunnitelmaan toivottaisiin punaista lankaa ja tiivistämistä, jotta hoitosuunnitelma olisi helpompi lukea ja pitää ajan tasalla. Osastolla on huomattu, että hoitosuunnitelmissa on monesti asioita joita siihen ei kuuluisi tai jotka eivät ole potilaan hoidon kannalta tärkeitä. Liian pitkä hoitosuunnitelma on hoitajista vaikea lukuinen. Hoitosuunnitelman päivittämistä pidettiin tärkeänä, varsinkin tärkeys päivittämiseen korostui lääkärin määräysten kohdalla. Myös lääkärin määräyksien kirjaaminen hoitosuunnitelmaan on hieman erilaista eri hoitajien kesken. Päivitetty hoitosuunnitelma on erityisen tärkeä raporttia lukiessa.

Hoitajat toivoisivat lääkärinkierron kirjaamisen olevan kattavaa ja mieluummin pitkää kuin tiivistettyä. Tällainen kirjaaminen lääkärinkierrolta helpottaa potilaan asioiden järjestämistä, raportin lukua ja potilaan ja omaisten kanssa keskustelua.

Suunnitelmassa toivottiin näkyvän potilaan sen hetkinen kunto, miten potilas liikkuu ja miten hän syö, jotta raportin lukemisen jälkeen potilaan kanssa osattaisiin toimia oikein ja tukea hänen olemassa olevia voimavarojaan. Tämä helpottaisi hiljaisen raportin lukemista, kun näitä asioita ei tarvitsisi etsiä tekstistä vaan tärkeät asiat olisivat suoraan luettavissa hoitosuunnitelmasta.

Päivittäiskirjaaminen tuntuu hoitajista helpolta. Vaikeiksi asioiksi koettiin Whoikessa päivittäiskirjaamisessa jo kirjattujen tekstien löytymistä, tämän oletettiin helpottuvan siirryttäessä HOKE:een. Myös hoitotyönpalautteen rakentaminen koettiin vaikeaksi ja aikaa vieväksi. Potilas pitää tuntea hyvin, että hoitotyön palaute voidaan kirjoittaa. Myös sanamuotojen valinta mietitytti, koska hoitotyön palautteet tulevat näkymään myös potilaalle itselleen KANTA -arkistossa.

7.6 Hoitajien näkemys hoitotyön kirjaamisen ohjeista

Tämä osio aiheutti kovasti keskustelua hoitajien kesken, mikä sinänsä oli hyvä ja tärkeä asia opinnäytetyön ja tulevaisuuden kehittämisen kannalta. Osaston asettamat kirjaamisen minimikriteerit todettiin olevan hyvänä kehyksenä kirjaamiselle ja niiden koettiin yhdistävän kirjaamista eri hoitajien kesken osastolla.

Hoitosuunnitelman kirjoittaminen koettiin hieman hankalaksi. Hoitajat totesivat, että monesti kirjoitetaan liikaa asiaa suunnitelmaan, sellaistaakin mitä ei ymmärretä. Toisaalta taas moni oleellinen asia voi puuttua. Hoitajat ovat arkoja muuttamaan toisen hoitajan tekemää hoitosuunnitelmaa. Tämä on yksi syy miksi hoitosuunnitelmat osastolla eivät ole ajan tasalla.

Enemmän ohjeistusta kaivattaisiin siitä mihin kirjattavat asiat tulevat hoitosuunnitelmassa. Keskustelua aiheutti se mitkä potilaan sairauksista ovat tärkeitä kirjoittaa hoitosuunnitelmaan ja mitkä sairauksista voisi jättää pois. Hoitajat kaipasivat myös apusanoja ohjeisiin, jolloin hoitosuunnitelma olisi helpompi jäsentää. Hoitajat halusivat tarkennusta siihen, mitä hoitotyön toimintoja voisi kirjoittaa saman komponentin alle. Yleensä hoitajat kirjaavat erittämisen ja pesut saman komponentin alle. Onko kaikki syöminen, erittäminen aktiviteetti, peseytyminen ja sairauden oireet kirjattava joka vuorossa? Tämän hetkiset ohjeet kun vaativat tätä.

Vaikka perustietolomake ja hoitosuunnitelman ohjeet ovat melko yhtenäiset jo koko sairaalassa, eivät hoitajat koe silti kirjaamisen olevan yhdenvertaista koko sairaalassa, toiset osastot ovat edellä kirjaamisessa kuin toiset. Jos potilas tulee osastolle toiselta osastolta, hoitajat pitävät tärkeänä, että tulovaiheessa potilaan hoitosuunnitelma päivitetään. Sairaalan sisällä eri osastoilla nähdään potilaan hoitotyöntarpeet hyvin eri tavalla. Tarkoituksena tällä päivittämisellä on, että hoitosuunnitelma saadaan osaston vaatimuksia vastaavaksi, poistetaan tarpeettomat hoitotyön keinot ja lisätä tarpeellisia hoitotyön keinoja.

Hoitotyön keinojen kirjaamisessa hoitajat kaipasivat potilaasta kirjoitettavan muitakin keinoja kuin mittaukset. Tärkeinä kirjattavina hoitotyönkeinoina pidettiin sitä miten potilas liikkuu, mikä on potilaan omatoimisuuden aste, miten potilas syö ja miten potilas ottaa lääkkeitä. Myös ravitsemuksen erityishuomiot olisivat hoitajien mielestä

tärkeää ottaa tässä kohtaa huomioon ja tehdä hoitotyön keinoin merkitä myös tästä.

Hoitosuunnitelman yläkulmassa olevassa muistettavaa lapussa on välillä hoitajien mielestä liikaa asiaa. Osastolla pitäisi pyrkiä karsimaan vanhat tiedot ja säilyttää vain tärkeät ja kriittiset asiat muistettavaa lappuun. Muut tiedot voisi siirtää hoitosuunnitelmaan. Muuten tärkeimmät asiat voi jäädä huomaamatta ja lukematta, jos asiaa on liikaa. Ohjeistusta kaivattiin siihen, minkä komponentin alle yövuoro kirjoittaa. Kirjoitetaanko kaikki aktiviteetin alle vai etsitäänkö vastaavuudet rakenteisesta kirjaamisesta.

Hoitajien kesken koettiin, että omaisten ja potilaiden kanssa jutellaan paljon, mutta asiat eivät näy kirjaamisessa. Minkä komponentin alle asiat voidaan kirjata ja miten keskustelut ja neuvonta voidaan kirjata? Monesti keskustellut asiat ovat potilaalle hyvin henkilökohtaisia, eivätkä hoitajat koe niiden sisällön olevan tärkeitä hoidon kannalta.

Hoitajat saivat keskustelua aikaiseksi, siitä mitä kirjataan lääkärinkierrolla, voiko kierrosta kirjata liikaa? Vai olisiko parempi kirjata ihan kaikki mitä lääkärinkierrolla puhutaan. Kierron kirjaaminen tuntui hoitajista tärkeältä. Monesti se oli yksi tärkeimmistä osuudesta hoitotyön kirjaamisessa, kun raporttia luettiin. Kierron jälkeen olisi hoitajien mielestä tärkeää päivittää hoitosuunnitelma.

Hoitajat kokivat, että kirjaamisohjeita ja ohjeistusta olisi tärkeä saada ympäri vuoden, ei vain silloin kun osastolla vaihtuu ohjelmisto tai säännöt. Hoitotyön kirjaamisen kriteereistä hoitajat toivoisivat muistutusta palavereissa sekä tiimipalavereissa. Heidän mielestään olisi hyvä jutella tärkeistä kirjaamisasioista ja pohtia kirjaamisen tilaa osastolla yhdessä.

Sijaisten ja uusien hoitajien kirjaamisen ohjeistukset ja opettaminen mietitytti hoitajia. He miettivät saavatko uudet hoitajat tarpeeksi ohjeistusta ja perehdytystä hyvään ja kokonaisvaltaiseen kirjaamiseen. Osastolla on paljon uusia hoitajia sekä sijaisia, ja hoitajat kokevat, että aina kirjaaminen ei ole itselläänkään varmaa, joten he kokevat että voivat ohjata uutta henkilökuntaa väärin. Omat mielikuvat, jotka voivat olla väriä, ja mielikuvat juuri ohjaavat monesti hoitajien kirjaamista.

Effica –ohjelman kehittämisehdotuksia tuli hoitajilta. Hoitajat toivoivat komponenttia, joka sisältäisi enemmän asioita; kuten pesut ja erittäminen ja pukeutuminen. Toivottiin myös, että AteriaEffica ja Whoike voisivat keskustella keskenään, jotta potilaan ravitsemus tulisi suoraan Whoikessa näkyviin, tämä helpottaisi kirjaamista ja lisäisi potilasturvallisuutta.

7.6.1 Hoitajien näkemys kirjaamisen arvioinnin tuloksista ja arviointikaavakkeesta

Hoitajat totesivat, että kirjaamisen arvioinnin tulokset kuvaavat hyvin osaston kirjaamista. Ongelmakohdat ovat oikeita ja ne ovat tunnistettavissa. Tulokset myös kehittävät kirjaamista, kun ongelmat on eritelty ja nähtävissä.

Hoitajien mielestä kiire vaikuttaa siihen, että kirjaaminen jää usein vähemmälle. Potilas hoidetaan ensin, sitten vasta kirjaaminen. Omatoimisista potilasta jää helposti kirjaamatta monia asioita, kuten peseytyminen ja erittäminen ja oireiden seuranta -komponentit. Hoitajilla on huoli siitä, että potilaan ja hoitajan välinen kanssakäyminen vähenee kun kirjaamisen tärkeys korostuu.

Arviointimittari oli arvioitu tärkeitä pääkohtia sekä se oli kattava. Hoitajat totesivat, että kirjaamisen arvioitsijalla voi olla vaikeaa miettiä onko kirjaaminen potilasläh- töistä vai hoitajan näkökulmaa. Hoitajat myönsivät, että monesti he kirjoittavat mitä potilas on sanonut, mutta eivät kirjoita sitä että se on suora lainaus potilaalta.

Monesti kirjataan asioita saman komponentin alle, joka vääristää tuloksia. Asioiden kirjaamista pidettiin tärkeänä vaikka kirjattaisiin väärän komponentin alle. Keskustelua ei monesti kirjata, todetaan että monet keskusteluista ovat hoitajan ja potilaan välisiä ja niitä tämän takia pidetään luottamuksellisina eikä haluta kirjata niitä. Monesti hoitajat eivät myöskään löydä oikeaa komponenttia keskustelulle.

Arviointikaavakkeen kysymysten määrä mietitytti. Hoitajien mielestä ei ainakaan tarvitse lisätä kysymysten määrää. Kysymyksiä oli jopa liikaa. Jotta hoitajat tietäisivät miten parantaa omaa kirjaamisen laatua, henkilökohtainen palaute kirjaamisesta olisi toivottavaa.

7.7 Arviointimittarin kehittämiskohteet

Kirjaamisen arviointimittaria käytettäessä tultiin tulokseen, että liian monta kohtaa sisältävät kysymykset olivat vaikea arvioida. Esimerkiksi kysymys ”onko kaikki vaaditut komponentit otettu huomioon: peseytyminen, erittäminen, ravitseminen” oli vaikea arvioida kokonaisuudessaan, koska se sisälsi liikaa muuttujia.

Kaikkia kysymyksiä ei voitu toistaa siirryttäessä HOKE:een koska rakenne hoitosuunnitelmassa on erilainen. FinCC-luokitus ja kirjaamisen ohjeet ovat muuttuneet jonkin verran. Tämän takia kysymykset piti sovittaa HOKE:n arvioimiseen. Muitakin muutoksia tehtiin kysymyskaavakkeeseen, sen perusteella mitä ensimmäisen hoitotyön kirjaamisen pilotoinnin perusteella opinnäytetyöntekijä näki tarpeelliseksi. Näitä kysymyksiä ovat:

- Onko kaikki komponentit valittu oikein hoitotyön tarpeeseen ja tehtävään nähden?
- Onko potilaan oireiden tulossyn arviointia tehty joka vuorossa?
- Onko omatoimisuuden tukeminen kirjattu joka vuorossa (korvaa peseytymisen, pukeutumisen ja aktiviteetin)?
- Ravitseminen onko kirjattu joka vuorossa?
- Ravitseminen, onko kirjoitettu kuvaillen?
- Onko lääkärin kiertoa kirjattu?

Toisaalta pilotointi toi myös esiin hyödyttömiä tai hankalasti arvioitavia kysymyksiä arviointikaavakkeessa. (Kts. Liite 3) Poistuvat kysymykset olivat:

- Onko lause rakenteet ymmärrettäviä? (harvoja virheitä esiintyi, tärkeintä on kuitenkin asian julkituominen kun oikea kielioppi)
- Onko teksti ajallisesti järjestetty oikein? (tietokone järjestää ajallisesti oikein, ei voida todistaa onko asiat tapahtuneet mihin kellon aikaan)
- Onko kirjaamisessa syöminen, aktiviteetti, puhtaus, erittäminen ja potilaan oireiden seuranta tulossyn komponentteja käytetty päivittäin? (Liian vaikea arvioida, pilkottu osiin uudessa arviointikaavakkeessa)

8 Pohdinta

8.1 Keskeisistä tuloksista

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Päijät-Hämeen keskussairaalan konservatiivisen tulosalueen yhden osaston hoitotyön sähköistä kirjaamista. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ja pilotoida sähköisen kirjaamisen arviointimittari Whoiken aikana ja arvioida kirjaamista tätä tehtyä arviointimittaria apuna käyttäen. Lisäksi tavoitteena oli tuoda esille kehitettävät kirjaamisen kohteet tutkittujen tulosten ja learning caféesta syntyneiden tulosten perusteella. Opinnäytetyön pyrkimyksenä oli luoda tulevaisuutta varten vertailukelpoista aineistoa kirjaamisen tilasta osastolla, sekä tuoda julki niitä asioita jotka voisivat parantaa kirjaamisen laatua osastolla. Pilotoinnin jälkeen tarkoituksena oli myös kehittää arviointikaavake HOKE:a varten.

Hoitajat arvioivat sähköisen kirjaamisen parantaneen kirjaamista. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen on tuonut osastolla omat haasteensa kirjaamiseen. Näitä haasteita olivat käytettävissä oleva aika, tietokoneiden ja tietokonejärjestelmä Effican haitaus, kirjaamisen opettelu ja kirjaamissäännöt sekä tietojen löytämisen hankaluus.

Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010, 30-66) mukaan hoitajat näkevät niin huonoja kuin hyviä puolia kansallisessa kirjaamiskäytännössä. Vahvuutena pidetään rakenteissa kirjaamisessa sitä, että tietojen saatavuus on helpompaa ja varmempaa, ja kirjaaminen on sisällöltään parempaa ja laadukkaampaa. Haittoina nähdään kirjaamiseen kuluva aika ja tietojen pirstaleisuus, sekä asioiden ulkoa opetteleminen. Myös yksistään tietokoneohjelma Efficaan liitetään niin hyviä kuin huonoja kokemuksia.

Siirtyminen paperiversioista tietokoneohjelmaan ei todettavasti ole kuitenkaan parantanut kirjaamisen laatua hoitotyössä vaikka tätä on odotettu (Kelley, Brandon & Sharon). Koska aikaisempaa vertailupohjaa ei ole kirjaamisen tilasta osastolla, ei voida todeksi osoittaa onko kirjaaminen parantunut siirryttäessä sähköiseen kirjaamiseen todella vai onko se hoitajien tunne asiasta. Tämän on yksi syistä jonka takia opinnäytetyö on tärkeä pohja osaston kirjaamisen kehittämiseksi. Nyt osastolla on pohja mihin voidaan verrata kirjaamisen kehittymistä.

Kokonaisuudessa osaston kirjaaminen oli melko vahvaa kun tarkasteltiin yksittäisiä potilaiden hoitosuunnitelmia ja päivittäiskirjaamisia, suuria eroja ei ollut eri potilastietojen kesken. Pisteet vaihtelivat pienemmästä pistemäärästä 24/36 parhaimpaan pistemäärään eli 30/34. Suurimmat erot kirjaamisessa tulivat esiin, kun tarkasteltiin yksittäisiä kysymyksiä. Parhaimmat pisteet tulivat hoitotyön diagnoosin kirjoittamisesta, FinCC -luokituksen käytöstä ja lauserakenteista sekä aikajärjestyksestä. Pienimmät pistemäärät tulivat lääkkeen vaikutuksen arvioinnista ja opetuksen ja ohjauksen kirjaamisesta. Myös syöminen, aktiviteetti, puhtaus, erittäminen ja potilaan oireiden seuranta/tulosyyn -komponentteja ei ollut käytetty päivittäin, lisäksi slangia, latinaa ja lyhenteitä oli käytetty liian paljon tutkituissa aineistoissa.

Wang (2011) tutkimuksessaan tuli tulokseen että suurimmat virheet kirjaamisessa tapahtuvat hoitotyön prosessin kirjaamisessa ja varsinaisessa hoitotyön ongelman kirjaamisessa. Lisäksi huomattiin puutteita psykologisen ja sosiaalisen näkökulman huomioimisessa hoitosuunnitelmassa ja tarpeiden asettelussa. (Wang 2011; Nykänen P, Viitanen J. ja Kuusisto. 2010, 30-66.) Myös Naas yms. (2009, 2487) toteavat tutkimuksessaan, että hoitotyön diagnoosit ja hoitotyön toiminnot ovat monesti epätarkkoja. Tässä on huomattava ero opinnäytetyön tuloksiin, sillä hoitotyön ongelman kirjaamisessa ei varsinaisesti ollut ongelmia tutkituissa hoitotyön teksteissä, vaan ongelman kirjaaminen sai yhden parhaimmista pisteistä. Hoitotyön tarpeissa keskityttiin monesti mittauksiin ja näin ollen ihmisen kokonaisvaltaisuus oli unohtunut, varsinkin potilaan psyykkinen puoli. Lisäksi hoitotyön prosessin arviointi osuus puuttui lääkehoidon osalta kokonaan tutkituista aineistoista, tai sitä ei oltu kirjattu oikein.

De Marisin tutkimuksessa hoitajat eivät kirjanneet ohjaus- tai opetustilanteista (De Maris ym. 2010, 1550). Opetustilanteet ja ohjaustilanteet sairaalassa ovat monesti yhteydessä siihen kun hoitaja tekee jotain, kuten hoitaa potilaan haavaa. Yleensä vain haavanhoito kirjataan, muistamatta tai kiinnittämättä huomiota siihen, että hoitotilanteessa eniten aikaa vei potilaalle asian selittäminen ohjaaminen ja opettaminen. (Johnson, 839). Samaan tulokseen tultiin myös tässä opinnäytetyössä. Ja se sai toiseksi huonoimmat pistemäärät. Learning caféssa nousi esille, että hoitajat pitivät tärkeämpänä potilaalle annettua aikaa kuin kirjaamista. Myöskään he eivät kokeneet tärkeäksi kirjata päivittäisiä keskusteluja koneelle, joko niiden yksityisyyden vuoksi tai

sen takia, että hoitajilla oli vaikeuksia löytää oikeaa komponenttia minkä alle kirjoittaa.

Myös Kailan tekemässä tutkimuksessa, ajankohtana 2008-2013 potilasohjauksen kirjaaminen oli vähäistä ja vähenemään päin. Ohjaus on aikaa vievää ja tämän takia olisi tärkeää muistaa potilasohjauksen tarkka kirjaus, jotta se voitaisiin ottaa huomioon henkilöstövoimavaroja suunniteltaessa. (Kaila 2014, 110.)

Kuitenkaan kirjaamisen parantaminen ei ainoastaan riipu yhdestä osatekijästä. On tärkeää ottaa mukaan sekä hoitotyön johtajat kuin hoitajat selvittämään niitä asioita, jotka hankaloittavat hoitajien päivittäiskirjaamista ja vaikuttavat siihen (Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. 2006, 372). Ilman hoitajien ja kirjaamisen vastuuhenkilöiden osallistamista opinnäytetyöstä ei olisi tullut näin kattavaa eikä hoitajien ääntä olisi saatu kuuluviin. Myös kirjaamiseen vaikuttavien asioiden toteaminen olisi ollut vain spekulointia. Hoitajat osallistamalla saatiin tietoon oikeat häiriötekijät sekä kirjaamiseen ja raportointiin vaikuttavat asiat. Näitä olivat aika, epävarmuus, ohjeiden ajantasaisuus, koulutuksen puute. On siis tärkeää osallistaa hoitotyön tekijät myös jatkossa kirjaamisen kehittämiseen.

Opinnäytetyössä nousi koulutuksen tarve suurena vaikutuksena hoitotyön kirjaamisen laatuun. Cheevakasemsook ym. (2006, 372) tulivat tutkimuksessaan osittain samoihin tuloksiin. Kirjaamista heidän mukaansa hankaloittavat hoitajien kouluttamattomuus, motivaatio, itsevarmuus, auditoinnin riittämättömyys, epäkäytännölliset toimintamallit, riittämätön koulutus ja ohjaus.

Kirjaamiskoulutuksen suuri tarve nousee esiin tässä työssä kuin Häyryseen Lammin-takaisen ja Sarannon tutkimuksessa Evaluation of electronic nursing documentation —Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. Hoitajat tarvitsevat enemmän harjoitusta hoitotyön kirjaamiseen hoitotyön prosessin kautta. He tarvitsevat harjoitusta miten kirjata niin, että potilasturvallisuus kasvaisi ja kirjaaminen parantuisi. Osastolla työskentelevät hoitajat totesivat saman. Kirjaamisen ohjeiden läpikäymistä ja koulutusta ei koettu olevan tarpeeksi, näin ollen myöskään omiin kirjaamistaitoihin ei luotettu ja tätä kautta myös uusien hoitajien tai opiskelijoiden ohjaaminen kirjaamiseen koettiin työlääksi.

RAFAELA hoitoisuusluokitus perustuu täysin päivittäisiin kirjauksiin ja merkintöihin. Hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus ovat riippuvaisia kirjaamisesta. Hyvä kirjaaminen on perusedellytys hiljaiselle raportoinnille. Hiljaisella raportoinnilla säästetään taas rahaa ja aikaa. (Kaila 2014, 110.) De Marinis ym. (2010) tekemän tutkimuksen mukaan hoitajat kirjaavat vain noin 40% tekemästään työstä. Joten hoitajien todellinen työpanos jää näkemättä. Mitä enemmän hoitajat tekivät päivän aikana, sen vähemmän he kirjasivat tekemisiään. (De Maris ym. 2010, 1550.) Kiireisinä päivinä vähäinen kirjaaminen opinnäytetyön mukaan johtuu hoitajien priorisoinnista, he kokevat että potilaan kanssa vietetty aika on tärkeämpää kuin kirjaaminen.

Osastolla on sekä RAFAELA, että hiljainen raportointi käytössä. Joten mitä paremmin hoitajat kirjaavat sen paremman pohjan näille kahdelle asialle luodaan. Ajan priorisointi kirjaamiseen voi lopulta tulevaisuudessa helpottaa myös työtaakkaa, jos pysymme kirjaamisella osoittamaan työn vaativuuden ja lisäävun tarpeen. Lisäksi luomme potilaalle turvallisen hoidon ja sen jatkuvuuden. Tällä hoitajat voivat myös turvata itsensä lain edessä, jos jotain potilaalle saatuksi tapahtumaan tai hoidosta tehtäisiin valitus.

Arviointikaavaketta voidaan pitää hyvänä keinona arvioida hoitotyönsuunnitelmaa sekä päivittäiskirjaamista. Arviointikaavake toi ilmi kehitettävät kohteet sekä vahvuudet kirjaamisessa tällä kyseisellä osastolla. Tähän tulokseen tultiin learning cafèessa, ja ne olivat yhteydessä jo osastolla huomattuihin ongelmiin kirjaamisessa. Opinnäytetyö varmisti ja tarkensi nämä ongelmat ja löysi uusia kehitettäviä alueita ja toi ne selvästi esille hoitajille kirjallisessa muodossa. Lisäksi työ aiheutti osaston sisällä keskustelua, ja uudelleen paneutumista kirjaamisen vaillinaisiin kohtiin. Keskustelu voi Björvell ym. (2000, 11) mukaan parantaa myös suoraa potilastyötä. Kaiken muun hyödyn lisäksi opinnäytetyön tuloksista oli hyötyä kirjaamistyöryhmälle, joka on vastuussa osaston ja sairaalan kirjaamisohjeista.

Arviointikaavake ei kuitenkaan anna täyttä kuvaa kirjaamisen tilasta. Arviointia tehdessä huomattiin, ettei arviointikaavake sovellu arvioimaan kirjaamisen sisällön laatua kokonaisuudessaan. Kirjaaminen ei ollut kaikilta osin kuvaavaa arvioiduissa hoitotyön teksteissä ja suunnitelmissa. Tämän takia poimittiin esimerkkejä laadultaan ”huonoja” kirjaamisia, joita käytiin yhdessä hoitotyönkirjaamistyöryhmän ja hoitajien kanssa läpi. Myöskään hoitotyön teksteissä olevan tiedon todenperäisyyttä ei voi

tällä arviointimittarilla arvioida. Arviointimittaria voidaan käyttää vain Päijät-Hämeen konservatiivisten osastojen kirjaamisen arviointiin, koska se on kehitetty suurimmalta osin konservatiivisen puolen kirjaamisohjeiden pohjalta.

Vaikka Whoikessa ja HOKE:ssa tulee olemaan komponenttitasolla muutoksia. Muutoksista huolimatta vertailukelpoisuus näiden eri versioiden välillä tulee säilymään. (Liljammo ym 2012, 9.) Pilotoinnin avulla pyrittiin saavuttamaan parempi ja käyttökel- poisempi arviointikaavake osaston käyttöön HOKE:n ajaksi.

Anttila (2007, 147) toteaa että olennaisin tavoite on opinnäytetyön tulosten hyödyn- nettävyys eli tulosten hyödyllisyys opinnäytetyön toimeksiantajalle ja tekijöille. Tä- män opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitotyön kirjaamista osastolla ja tässä se onnistui. Opinnäytetyö tuotti tärkeää ja hyödynnettävää tietoa kirjaamisen tilasta osastolla. Samalla myös opinnäytetyön tekijä oppi hyvän kirjaamisen vaatimuksista sekä arvioinnin tekemisestä. Tätä hän pystyi käyttämään omassa työssään ja pystyi myös jakamaan tietoaan kollegoilleen.

Opinnäytetyössä eettisyys korostui koska kehittämistyön tutkimusosaan jouduttiin käyttämään potilaiden tietoja, jotka voivat olla hyvin arkaluontoisia. Jotta tutkimus- lupa sairaalalta saatiin, opinnäytetyön tekijä joutui osoittamaan, että tutkimusaineis- toa, tässä tapauksessa potilaspapereita säilytettiin turvallisesti lukitussa kaapissa osastonhoitajan huoneessa, niitä käsiteltiin asiallisesti ja potilaspaperit tuhottiin sai- raalan ohjeiden mukaan tutkimuksen jälkeen. Lain *mukaan potilasasiakirjoihin sisäl- tyvät tiedot ovat salassa pidettäviä*. Eikä potilaan tietoja saa antaa ilman potilaan kir- jallista suostumusta sivullisille, tässä tarkoittaen toimintayksikön ulkopuolisille henki- löille. (L 17.9.2012/875)

Laissa on myös säädetty ohjeet potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttami- sesta tieteellistä tutkimusta varten. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos voi antaa luvan tietojen saamiseen yksittäistapauksessa. Lupa vaatii, ettei tietojen antaminen louk- kaa potilaan etuja, kuitenkin on turvattava tieteellisen tutkimuksen vapaus. Lupa an- netaan vain määräajaksi, ja se voi sisältää erilaisia määräyksiä, millä turvataan poti- laan oikeudet. (L 17.9.2012/875) Lupa opinnäytetyöhön haettiin sairaalan johtajalta ja konservatiivisen alueen ylihoitajalta.

Opinnäytetyöhön osallistuminen potilailta oli vapaaehtoista, ja heiltä pyydettiin suostumus suullisesti. Potilaita muistutettiin, ettei opinnäytetyössä tutkita potilasta itseään vaan hoitotyön kirjaamista. Opinnäytetyön tekijälle annettiin hoitotyön WHOIKE tekstit joista oli yliviivattu potilaan henkilötunnus ja nimi sekä hoitajien nimet. Opinnäytetyön tekijä ei tunnistanut potilaita eikä hoitajia, joten nämä eivät vaikuttaneet arviointiin ja opinnäytetyön eettisyys säilyi.

Kaikki asiakirjat pidettiin koko opinnäytetyön teon ajan ainoastaan osaston tiloissa ja säilytettiin lukitussa kaapissa. Tietosuojaan säilyminen oli erittäin tärkeää, joten asiakirjat eivät sisältäneet potilaan tai hoitajan nimiä eikä henkilötunnuksia sekä asiakirjat tulostettiin muun henkilön kuin tutkijan toimesta säilyttäen näin intymiteettisuoja niin hoitajilta kuin potilailta. Kaikki tulosteet hävitettiin tietosuojalain edellyttämällä tavalla osaston tiloissa. Opinnäytetyön kirjaamisessa pyrittiin siihen, ettei osastoa taikka tarkkoja tapahtuma-aikoja kerrota, jotta lukijoiden mahdollisuus selvittää opinnäytetyöhön osallistuneita potilaita tai henkilökuntaa rajattiin mahdollisemman alhaiseksi.

8.2 Luotettavuus

Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että mittarilla on pystytty tutkimaan juuri sitä asiaa mitä oli tarkoitus tutkia. Mittariston pohjana on teorian tieto. (Holopainen & Pulkkinen, 14; Kananen, 81.) Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tulosten yleistettävyyttä. Otannan pitää muistuttaa populaatiota, että se olisi yleistettävissä. (Kananen 2008, 81.)

Kirjaamisen arviointimittarin teko aloitettiin tutkimalla vanhoja tutkimuksia arviointimittareista, sekä vertaamalla erilaisia arviointimittareita ja niiden käytettävyyttä. Lisäksi arviointimittarin tekoon pyrittiin ottamaan teorian tietoa hoitotyön prosessimallista, kuin myös Suomen laista. Tärkeänä yksityiskohtana oli myös rakenteinen kirjaaminen ja FinCC- luokitus. Tärkein asia oli ottaa huomioon osaston omat kriteerit kirjaamisessa.

Arviointimittari luetutettiin osaston apulaisosastonhoitajalla ja hoitotyön kirjaamisen vastuuhenkilöllä pariin otteeseen, ja arviointimittariin tehtiin korjauksia ennen kuin arviointimittari pilotoitiin eli otettiin käyttöön ensimmäisen kerran. Arviointimittari

luetutettiin myös arviointiryhmän ryhmätyöskentelyssä, jolloin saatiin uusia ideoita arviointimittarin käyttöön ja tarkkuuteen sekä kysymysten asetteluun. Lisäksi arviointimittaria muokattiin lisäksi kun uudet ohjeet HOKE:en kirjaamiseen tulivat käyttöön.

Potilaiden päivittäiskirjaamisia saatiin 18, joka on puolet osaston potilaspaikka määrästä. Suurempi määrä olisi ollut edustavampi tutkimusjoukko. Siitä huolimatta, otos vastasi yleisesti osaston potilaita, koska valinnassa ei käytetty muuta valintaa kuin se, että potilas on ollut osastolla sen vuorokauden miltä ajalta päivittäiskirjaamiset arvioitiin. On otettava huomioon, että opinnäytetyön tulos ei ole yleistettävissä osaston ulkopuolella.

Myös Learning caféeseen osallistuvien hoitajien joukko oli pienempi kuin mitä opinnäytetyöntekijä olisi halunnut, mutta kattavuutta lisäsi se, että pajaan kutsuttiin erikäisiä, eri aikaan valmistuneita ja eri ammattiryhmistä (sairaanhoitaja/perushoitaja/lähihoitaja) olevia ihmisiä. Learning caféeseen valittiin ihmiset, jotka eivät olleet kirjaamisen vastuuhenkilöitä, jotta saatiin puolueeton kuva kirjaamisen tasosta ja vaadituista toimenpiteistä.

Opinnäytetyön tekijän puolueettomuutta korosti se, että opinnäytetyön tekijä ei ollut työskennellyt pitkään osastolla ja tekijä tarkasteli kirjaamisia osaston ohjeisiin perustuen, ei omaan näkemykseensä ja kokemukseensa perustuen.

Reliaabelius tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset ovat toistettavia, niin että kaikki tutkimuksen vaiheet ovat kirjattu ja dokumentoitu tarkasti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 226; Kananen 2008, 83). Reliaabeliutta todisti se, että esitestauksessa kaksi kirjaamisen vastuuhenkilöä tuli yhden pisteen erolla samaa tulokseen kuin opinnäytetyön tekijä. Kuitenkaan kaikkia hoitotyön tekstejä ei arvioitu kolmen ihmisen toimesta, vaan arvioinnin teki yksi ihminen, kahtena eri kertana. Reliaabelius mitattavien asioiden kohdalla on tässä työssä melko vahva, muttei täysin aukoton. Kaikki opinnäytetyön vaiheet ovat auki kirjoitettu ja dokumentoitu totuudenmukaisesti sekä tarkasti. Lisäksi opinnäytetyön tekijä on osannut tarkastella opinnäytetyötään ja tuloksia kriittisesti ja tuonut esiin parannettavia kohtia opinnäytetyönsä tekoon.

8.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Hoitotyön sähköinen kirjaaminen oli osastolla melko vahvaa, kun katsottiin kokonaisuutta. Arviointimittarin pilotoinnin ja Learning caféen avulla löydettiin kehitettävät asiat hoitotyön kirjaamisesta, jotta kirjaamisesta saataisiin entistäkin vahvempaa ja potilasturvallisempaa.

Kirjaamisen kehittäminen osastolla vaatii lisäkoulutusta ja avointa keskustelua tilanteesta hoitajien kesken. Kehittämisen mahdollistamiseksi on johtoryhmän säilytettävä kehittymisen mahdollistaminen. Uusien hoitajien kirjaamiskoulutus täytyisi alkaa heti osastolle tullessa, eikä koulutuksen täytyisi olla vain henkilökunnan vastuulla töiden lomassa.

Hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden turvaamiseksi on koko sairaalan kaikille osastoille tultava yhteiset linjat hoitotyön kirjaamisen säännöistä. Osastoilla on myös noudatettava näitä yhteisiä sääntöjä ja sitouduttava niihin. Tällä hetkellä hoitotyön kirjaamisen säännöt ja kirjaamistavat vaihtelevat osastoittain.

Opinnäytetyössä nousi esiin myös osaston lisäresurssien tarve, koska kiireisinä päivinä kirjaaminen oli toissijaista ja henkilökunnan resurssit kohdentuivat ensimmäiseksi hoidettaviin potilaisiin, ei kirjaamisen onnistumiseen. Tässä on hoitajien myös ymmärrettävä kirjaamattomuuden vaikutukset potilaan hoitoon ja lainopilliset vaikutukset silloin kun jätetään jotain kirjaamatta. Toimivat tietokoneohjelmat ovat perusta kirjaamisen onnistumiselle ja ajan käytölle. Hoitajien mielestä haittana kirjaamisen onnistumiselle on hitaat ohjelmat.

Jatkossa on hyvä tasaisin väliajoin arvioida arviointimittarilla hoitotyön kirjaamista, sekä osallistaa hoitajat tähän kehitystyöhön. Tämä takaa jatkossa hoitotyön sähköisen kirjaamisen laadun varmistamisen ja kehittämisen.

Lähteet

A 298/2009 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009. Viitattu 9.12.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298#Pidp3641248>

Anttila P. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. 2007. Akatiimi oy. Hamina.

Björvell C., Thorell-Ekstrand I. & Wredling R. 2000 Development of an audit instrument for nursing care plans in patient record. *Quality in health care* 2000, 9, 6-13.

Cheevakasemsook A., Chapman Y., Francis K. & Davies C. 2006. The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice* 2006, 12, 366–374 Viitattu 1.9.2015 http://www.academia.edu/1280104/The_study_of_nursing_documentation_complexities

Collins S, Stein D. Vawdrey D., Stetson P. & Bakken S. 2011. Content overlap in nurse and physician handoff artifacts and the potential role of electronic health records; a systematic review. *Journal of Biomedical Informatics* 44, 704-712. Viitattu 2.5.2015 [http://www.j-biomed-inform.com/article/S1532-0464\(11\)00015-3](http://www.j-biomed-inform.com/article/S1532-0464(11)00015-3)

De Marinis MG, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglini D, Alvaro R, Matarese M. 2010. 'If it is not recorded, it has not been done!': consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Clinical nursing* 19,11-2, 1544-1552. Viitattu 3.2.2015 http://www.researchgate.net/publication/229627543_If_it_is_not_recorded_it_has_not_been_done%21%27_Consistency_between_nursing_records_and_observed_nursing_care_in_an_Italian_hospital

Effica. Tieto Oy. Viitattu 15.8.2015 <http://www.tieto.fi/menestystarinat/rakenteinen-hoitokertomus-lisaa-hoidon-suunnitelmallisuutta>

Ensio A.& Saranto K. 2004 Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto OY . Sipoo

Eriksson T. Koivukoski S ja Riukka N. 1999. Näkökulmia hoitotyön prosessimallin ohjaamaan kirjaamiseen. *Sairaanhoitaja* 8, 72.

Eskola J. ja Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino

Green J.&Tones K. 2010. Health Promotion –planning and strategies. 2.p. London. Sage

Hallila L. toim. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki. Kirjayhtymä

Helovuo A., Kinnunen M., Peltomaa K., Pennanen P. 2011. Potilasturvallisuus, potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnoillisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki. Edita

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

HoiData - hanke 9/2007-10/2009. Loppuraportti. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke.

Holopainen M, Pulkkinen P. 2002. Tilastolliset menetelmät. Vantaa. WSOY

Hopia H., Koponen L. Toim. 2007 Hoitotyön kirjaaminen. p.2 Sairaanhoidajaliitto

Häyrinen K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Väitös. Kuopio. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta.

Häyrinen K., Porrasmaa J., Komulainen J. & Hartikainen K. 2004.

Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. Osaavien keskustien verkostojen julkaisuja. Viitattu 15.3.2015.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103073/osve5_04.pdf?sequence=1

Häyrinen K., Lammintakainen J. & Saranto K. 2010. Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. International journal of medical informatics. 79, 20:0, 554-564. Viitattu 15.10.2015

http://www.researchgate.net/publication/45504297_Evaluation_of_electronic_nursing_documentation-Nursing_process_model_and_standardized_terminologies_as_keys_to_visible_and_transparent_nursing

Ikonen H, Rajalahti E., Ahonen O. Potilasturvallisuus - osaamisen kehittäminen eNNI-hankkeessa. Viitattu 17.6.2015

<http://www.uasjournal.fi/index.php/osaaja/article/view/446/477>

Johnson P., Jefferies D. ja Langdon R. 2010 The Nursing and Midwifery Content Audit Tool (NMCAT): a short nursing documentation audit tool. Journal of Nursing Management 18, 832–845

Kaakinen P. 2002. Kirjaamisen arvioinnilla näyttöä hoitotyön tueksi. Hoitotyön kirjaamisen nykytila lasten ja nuorten vuodeosastolla. Pro Gradu. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kaila toim. 2014. Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008 – 2013. Joensuu. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja 20. Viitattu 29.12.2014.

http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/isbn9789529793686.pdf

Kananen J. 2008. Kvantti, Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kelley T., Brandon B., Docherty S. Electronic Nursing Documentation as a Strategy to Improve Quality of Patient Care. Journal of nursing scholarship 42, 2, 154-162.

Viitattu 15.10.2015 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.2011.01397.x/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage>

Kotisaari M-L ja Kukkola S. 2012. Potilaan oikeudet hoitotyössä. Pöytäkirja: Bookwell.

Kratz C. 1985. Hoitotyön prosessi. p.2. Juva: WSOY.

L 17.9.2012/875 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 9.12.2014
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lehtovirta J. ja Vuokko R. toim. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas - Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen OSA 1. 2014 Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.6.2015
<http://www.julkari.fi/handle/10024/110913>

Liljamo P., Kaakinen P., Ensio A. 2007. Opas FinCC –luokituskokonaisuuden käyttöön hoitotyön sähköisen kirjaamisen mallissa.

Liljamo P., Kinnunen U-M., ja Ensio A. 2012 FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Helsinki

Lundgren-Laine H. ja Salanterä S. 2007. Hoitotyön päätöksenteko. Muuttavatko sähköiset järjestelmät sairaanhoitajan päätöksen teon näkyväksi. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Toim. Hopia ym. 2007. Sairaanhoitajaliitto. 2.painos. 25-34.

Müller-Staub M. 2009. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions and outcomes. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications 20, 1, 2009. Viitattu 1.2.2016. Nelliportaali.fi

Müller-Staub M, Ann Lavin M., Needham I. ja Van Achterberg T. 2006. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. Journal of Advanced Nursing. 56, 5, 514–531. Viitattu 1.2.2016. Nelliportaali.fi

Mykkänen M., Saranto K., Miettinen M. 2012 Nursing audit as a method for developing nursing care and ensuring patient safety. Viitattu 2.9 2015
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3799087/>

Mäkilä M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko –näkyvää vai ei? Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Toim. Hopia ym. Sairaanhoitajaliitto p.2. sivut 35-40

Mäkisalo M. 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammer-Paino Oy

Nykänen P, Viitanen J. ja Kuusisto A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Helsingin yliopisto. Viitattu 12.12.2014
<http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>

Paas W., Sermeus W., Nieweg R, Vander Schans C. 2010. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. Journal of Advanced Nursing. 66, 11, 2481-2488.

PHSOTEY, Päijät-Hämeenkeskussairaala. Viitattu 7.12.2014
<http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=1533&vy=2010&ryhma=337>

Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. 2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 29.12.2014
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf

Päijät-Hämeen sosiaali-ja terveysyhtymän strategia 2014-2018. Viitattu 8.12.2014
http://phsotey.mbe.donet.fi/?page_id=19

Saba V. 2012. Classification (CCC) System Version 2.1. User's guide. p.2. Springer publications company.

Sainola-Rodriguez K. ja Ikonen H. 2007, Luokitusten luovuus –kokemuksia rakenteesta kirjaamisesta psykiatrisessa sairaalassa. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Toim. Hopia ym. Sairaanhoidajaliitto 2.painos. 41-56

Sandlin D. 2007. Improving Patient Safety by Implementing a Standardized and Consistent Approach to Hand-Off Communication. Journal of perianesthesia nursing. 22, 4, 289–292. Viitattu 6.12.2015 [http://www.jopan.org/article/S1089-9472\(07\)00169-4/abstract](http://www.jopan.org/article/S1089-9472(07)00169-4/abstract)

Saranto K. & Kinnunen U-M 2008. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. Journal of advanced nursing 65, 463-476.

Saranto K, Ensio A., Tanttu K. & Sonninen A L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY.

Saranto K., Kinnunen U-M., Kivekäs E., Lappalainen A-M, Liljamo P., Rajalahti E. & Hyppönen H. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 28, 4, 629-647. Viitattu 10.10.2015 www.nelliportaali.fi

Seikkula J. & Arnkil T. 2009. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.

Toikko T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Juvenes print.

Voutilainen P., Isola A. & Muurinen S. 2004. Nursing documentation in nursing homes –state-of-art and implications for quality improvement. Nordic college of Caring Sciences. 18, 1, 72-81.

Vuodeosastojen pikaopas kirjaamiseen –Konservatiivisen tulosalueen kirjaamistyöryhmä. 2012. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Wang N, Hailey D. & Yu Ping 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed method systematic review. Journal of advanced nursing. Viitattu 12.12.2014. <http://onlinelibrary.wiley.com>

Yura H. & Walsh M. 1988 Hoitotyön kehittäminen. Juva: WSOY

Liitteet

Liite 1. Taulukko hoitotyön tekstien arvioinnista

Potilas 1	Potilas 2	Potilas 3	Potilas 4	Potilas 5	Potilas 6	Potilas 7	Potilas 8	Potilas 9	Potilas 10	Potilas 11	Potilas 12	Potilas 13	Potilas 14	Potilas 15	Potilas 16	Potilas 17	Potilas 18	Summa	keskiarvo
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36	2
2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	0	2	2	2	2	31	1,72
1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	24	1,33
2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	27	1,5
1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	27	1,5
1	1	0	1	1	1	2	0	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	22	1,22
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	33	1,83
2	1	1	2	1	2	1	0	0	0	2	2	1	0	1	2	0	0	18	1
0	ohi	0	0	ohi	0	0	ohi	0	0	ohi	0	0	0	ohi	ohi	0	ohi	0	0
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	34	1,89
1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	29	1,61
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	33	1,83
0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	8	0,44
2	1	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1	2	2	2	1	0	0	20	1,11
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	35	1,94
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	36	2
summa																			
27	25	26	28	28	28	28	28	28	26	26	28	28	28	26	29	30	28	24	
keskiarvo																			
1,5	1,47	1,44	1,56	1,65	1,67	1,33	1,59	1,47	1,44	1,53	1,56	1,56	1,56	1,44	1,7	1,76	1,56	1,41	

Liite 2. Arviointimittari Whoike

Arviointimittari Whoike

Kysymykset:

Pysyvä hoitosuunnitelma

1. Hoitosuunnitelmasta löytyy ainakin yksi hoitotyön ongelma:
2. Ovatko hoitotyön ongelmat potilaslähtöisiä ja esitetty hoitotyön näkökulmasta ei lääketieteellisinä diagnooseina:
3. FinCC luokituksen mukainen komponentti on oikein valittu hoitotyön ensisijaiseen tarpeeseen nähden:
4. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu lyhyt yhteenveto (=oleelliset perussairaudet, oireiden alkamispäivämäärä, epäily sairaudesta) potilaasta:
5. Onko hoitotyön tavoitteet valittu oikein hoitotyön tarpeeseen nähden:
6. Suunnitellut hoitotyön toiminnot ovat kirjattu suunnitelmaan ja ovat yhteydessä hoitotyön tarpeeseen:
7. Näkyykö onko suunnitelmassa, että se on päivitetty ajan tasalle

Päivittäinen kirjaus:

8. Onko päivittäiset kirjaamiset tehty joka vuorossa:
9. Onko kirjaamisessa syöminen, aktiviteetti, puhtaus, erittäminen ja potilaan oireiden seuranta tulosityn komponentteja päivittäin:
10. Onko arviota tehty kun hoitotyön menetelmiä käytetty: lääkehoidon arviointi
11. Onko FinCC luokituskokonaisuutta käytetty oikein niin, että kirjaus sopii valittuun komponenttiin:
12. Onko kaikki hoitotyön toiminnot tehty erillisinä toteutuksina:
13. Onko kirjaaminen potilaslähtöistä:
14. Onko omaiselle tai potilaalle annettua ohjausta/keskustelua kirjattu:

Potilasasiakirjoissa käytetty kieli:

15. Onko asiakirjoissa vapaassa tekstissä käytetty lyhenteitä/slangi sanoja/latinaa:
16. Onko kieli asiallista vapaassa tekstissä:
17. Onko lauserankenteet ymmärrettäviä:
18. Onko teksti ajallisesti järjestetty oikein

Liite 3. Arviointimittari HOKE

Arviointimittari HOKE

Kysymykset:

Pysyvä hoitosuunnitelma

1. Hoitosuunnitelmasta löytyy ainakin yksi hoitotyön ongelma:
2. Ovatko hoitotyön ongelmat potilaslähtöisiä ja esitetty hoitotyön näkökulmasta ei lääketieteellisinä diagnooseina:
3. FinCC luokituksen mukainen komponentti on oikein valittu hoitotyön ensisijaiseen tarpeeseen nähden:
4. Onko hoitosuunnitelmaan kirjattu lyhyt yhteenveto (=oleelliset perussairaudet, oireiden alkamispäivämäärä, epäily sairaudesta) potilaasta:
5. Onko hoitotyön tavoitteet valittu oikein hoitotyön tarpeeseen nähden:
6. Suunnitellut hoitotyön toiminnot ovat kirjattu suunnitelmaan ja ovat yhteydessä hoitotyön tarpeeseen
7. Onko FinCC luokituksen mukaiset komponentit valittu oikein hoitotyön toimintoihin.
8. Näkyykö onko suunnitelmassa, että se on päivitetty ajan tasalle

Päivittäinen kirjaus:

9. Onko päivittäiset kirjaamiset tehty joka vuorossa:
10. Onko kirjaamisessa käytetty tulossyy komponenttia päivittäin:
11. Onko omatoimisuus komponenttia käytetty päivittäin:
12. Onko ravitsemuksesta kirjattu ja onko ravitsemuksen kirjaaminen kuvailevaa:
13. Onko arviota tehty kun hoitotyön menetelmiä käytetty: lääkehoidon arviointi
14. Onko FinCC luokituskokonaisuutta käytetty oikein niin, että kirjaus sopii valittuun komponenttiin:
15. Onko kirjaaminen potilaslähtöistä:
16. Onko omaiselle tai potilaalle annettua ohjausta/keskustelua kirjattu:
17. Onko lääkärinkiertoa kirjattu

Potilasasiakirjoissa käytetty kieli:

18. Onko asiakirjoissa vapaassa tekstissä käytetty lyhenteitä/slangi sanoja/latinaa:
19. Onko kieli asiallista vapaassa tekstissä: